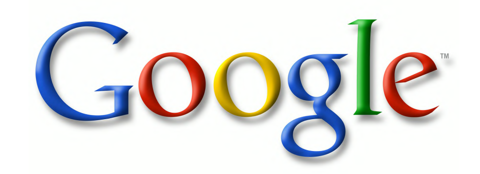
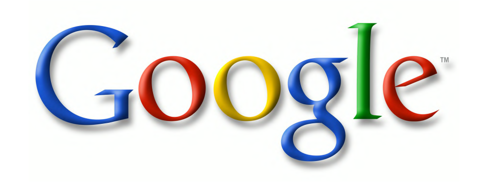
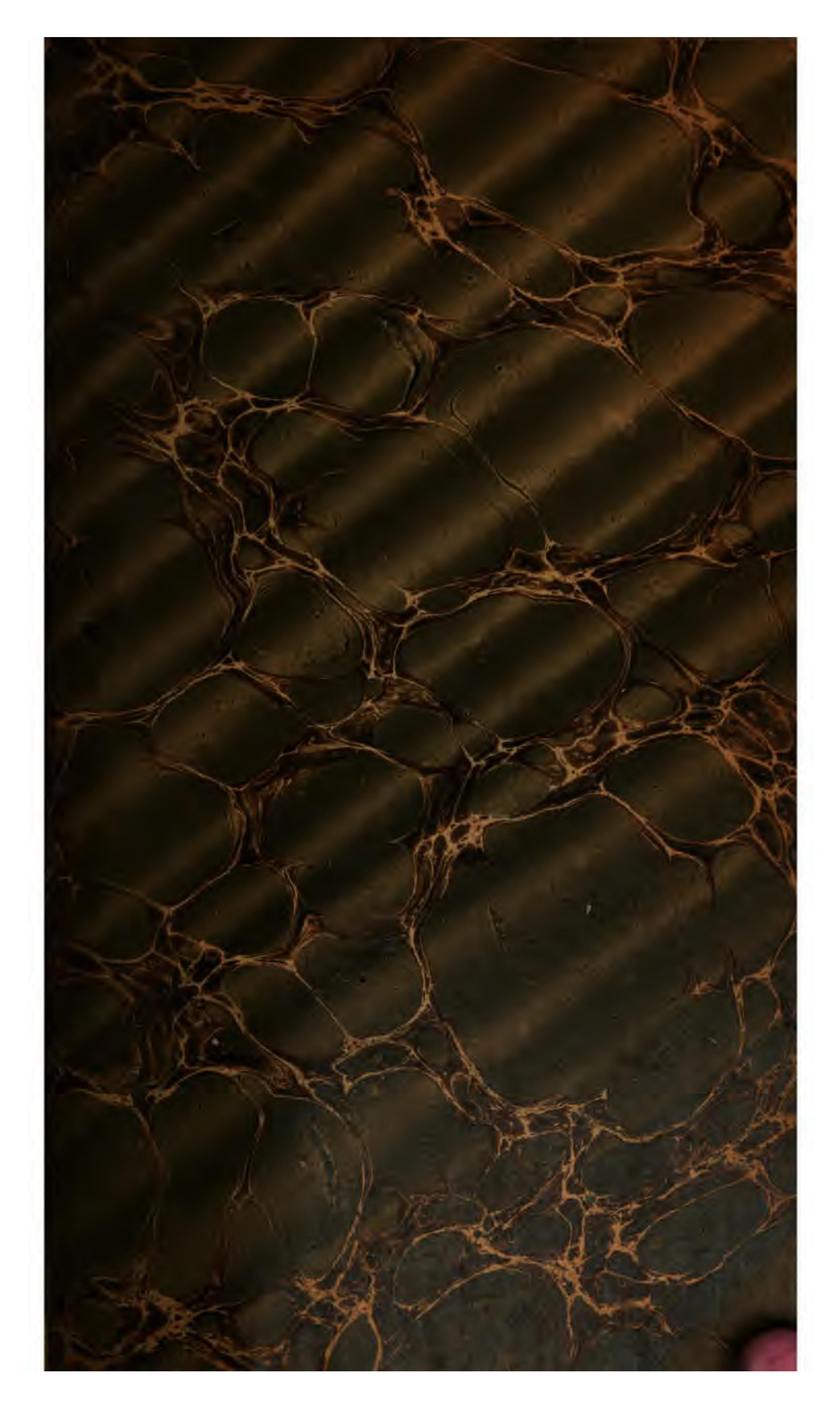





Med100.41
SIGILL : COLL : HARVARD : CANTAB : NOV : ANGL : 1650.
CHRISTO ET ECCLESIAE
BOUGHT WITH
THE INCOME FROM
THE BEQUEST OF
GEORGE HAYWARD, M. D.,
OF BOSTON,
(Class of 1809,)
30 Sept., 1887.



ESSAIS

DE

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

Dr L.-H. PETIT
Bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

ESSAIS
DE
BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

CONSEILS AUX ÉTUDIANTS

SUR LES RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES,
LA MANIÈRE DE FAIRE SA THÈSE,
DE RANGER SA BIBLIOTHÈQUE, ETC.

AVEC UNE PRÉFACE
PAR
M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
1887

PRÉFACE

Ad lectorem,

Dans ce siècle d'argent et d'esprit, qui est loin d'être l'âge d'or, combien peu laissent tomber un regard, même de simple curiosité, sur une œuvre de science pure ! Cette réflexion de Léon Dufour m'est revenue à la mémoire au moment où je vous présente ces études bibliographiques; mais, si elle est vraie pour les gens du monde, elle ne peut, je l'espère, s'adresser à notre public médical.

Les bons livres ne se jugent pas à la grosseur du volume, et celui-ci, avec ses quelque deux cent cinquante pages, vaut beaucoup mieux que d'autres prolixes et diffus : *in paucis multa*. Et ce qui doit vous plaire, ami lecteur, c'est le choix des sujets variés, indépendants, quoique reliés par un lien commun, par une méthode bibliographique rigoureuse, pour me servir d'une heureuse expression de mon cher collègue le professeur Verneuil.

Ici l'érudition est du meilleur aloi, et à ce propos

je ne saurais trop rappeler combien cette érudition est digne d'être cultivée, non seulement pour elle-même, mais encore parce que, jointe à l'art d'observer et d'expérimenter, elle constitue un des meilleurs moyens d'étudier et de savoir en médecine. Il est impossible au travailleur consciencieux d'ignorer ce qui a été fait avant lui, et à l'inventeur de ne pas connaître l'état de la science pour apprécier ce qui reste à découvrir.

Vous trouverez tour à tour, dans ces attrayantes notes bibliographiques, la manière de faire des citations exactes : titre, tomaison et pages du recueil ; de compulser les textes et les dates. Vous apprendrez à rechercher dans les livres les travaux se rapportant à un sujet donné, à les analyser, à les classer, de manière à en tirer la substance et le meilleur parti. Que de faits perdus par suite d'une indication trop vague, et que le chercheur parvient à retrouver, non sans peine et grand temps, après avoir jugé qu'ils peuvent avoir été publiés à divers points de vue ! Ce n'est pas un labeur inutile que de parcourir journaux, thèses, tables de matières, répertoires et mémoires de toute sorte ; car chemin faisant, trop souvent à l'aventure, on arrive enfin à fixer un point litigieux, à détruire sans retour une erreur accréditée.

Le futur docteur en travail de thèse est bien souvent embarrassé pour ce dernier acte de ses études. Je lui promets un guide sûr, patient, pensant à toutes les difficultés, ennemi du plagiat, qui lui montrera la route à travers les broussailles, et qui l'amènera à faire une

bonne dissertation inaugurale, utile, parfois jalon d'avenir, au lieu d'une compilation nulle ou fourmillant d'erreurs.

Pour tous les bibliophiles, le choix d'un emplacement et d'un rangement commode a été une grande préoccupation. A défaut d'une disposition idéale, à portée de la main et sur une seule rangée, de vos chers livres, de ces vrais amis toujours prêts à vous servir, pénétrez-vous ici et au plus vite, ami lecteur, que vous soyez étudiant ou praticien, du meilleur moyen de vous reconnaître dans vos auteurs classiques ou dans les stratifications de tirages à part et de brochures. Notre expert bibliothécaire vous indiquera les règles de l'armoire, des rayons, des fiches, les améliorations nouvelles du casier tournant, le numérotage indispensable. Il n'omet pas les conseils au relieur, trop ennemi des belles marges, et qui devrait se borner à ébarber les feuilles avec soin.

Je m'arrête; vous trouverez ici plus que je ne vous ai dit; vous aurez profit et plaisir. *Vale.*

A. LABOULBÈNE.

Décembre 1886.

ESSAIS

DE

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

INTRODUCTION

CONSEILS A UN JEUNE BIBLIOGRAPHE

A M. le docteur G. H., bibliothécaire à la Faculté de B... (1).

Mon cher ami,

Permettez-moi de vous féliciter d'abord de votre récente nomination, et ensuite du désir que vous manifestez de vous livrer aux études bibliographiques. — Grâce à votre petite fortune personnelle et à vos appointements, vous pouvez satisfaire vos goûts modestes, et la profession que vous avez choisie est assurément capable de vous permettre de jouir en paix de votre *aurea mediocritas*, comme vous dites ; j'ajouterai : *bene faciendo*. Nouvelles félicitations.

Ce dont je vous félicite moins, c'est d'avoir eu la pensée

(1) Voy. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1880, n. 10, 11, 13 et 14.

de me demander des conseils sur la manière d'aborder les questions de bibliographie. Y songez-vous? Je suis assurément très flatté de votre proposition; mais vous oubliez que je suis presque aussi novice que vous dans la carrière. Certes, vous auriez pu mieux vous adresser. Cependant une phrase de votre lettre m'engage à me rendre presque à votre désir : « Vous êtes si sévère dans vos critiques, que tout en en reconnaissant la justesse, je serais bien aise d'apprendre de vous à m'en garantir, si un jour ou l'autre je venais à publier le résultat de mes recherches. » Je pourrais vous rassurer en deux mots. Lorsque vous citerez un texte, ayez la bonté : 1° de ne pas omettre les quelques mots dont la présence pourrait contrarier l'opinion que vous défendez; 2° d'indiquer exactement la page du volume de l'édition de l'ouvrage auquel vous ferez l'emprunt.

La formule, vous le voyez, est très simple, et je pourrais en rester là et vous tirer ma révérence. Mais vous êtes plus exigeant. Vous voulez que je vous indique des sujets d'étude. Ceci est encore très facile. Prenez un personnage quelconque, un fait quelconque dans un ouvrage de n'importe quelle époque et écrit dans n'importe quelle langue, et cherchez dans les auteurs postérieurs à ce personnage, à ce livre, à ce fait, ce qu'ils en ont dit. Quand vous arriverez au dernier ouvrage paru sur le sujet, vous aurez fait une ample récolte d'erreurs qui vous en apprendra plus sur la bibliographie et ses procédés que tout ce que je pourrais vous en dire actuellement.

Vous verrez aussi que bon nombre d'auteurs copient ceux qui les ont précédés, en déguisant, bien entendu, leurs emprunts le mieux qu'ils peuvent; que par suite ils reproduisent l'un après l'autre les assertions les plus erronées sans prendre la peine de remonter à la source. Faites ce qu'ils

n'ont pas fait, et j'affirme que vous ferez une œuvre utile. Je ne dis pas que tout le monde vous en saura gré, car pour quelques rares chercheurs que vous satisferez en leur indiquant un texte introuvable, vous mécontenterez vingt personnes qui auront contribué à l'égarer. C'est à vous de voir *quid valeant humeri*.

Aussi bien, je vais profiter de l'occasion pour déclarer, une fois pour toutes, que je suis désolé d'être obligé d'étaler ainsi au grand jour les preuves de notre imperfection humaine, et, ce faisant, de m'exposer à blesser et à faire crier nombre de personnes dont je dévoilerai les faiblesses; et certes, si une considération supérieure ne me guidait, je me garderais bien de toucher à la réputation du savant M. tel ou tel, en montrant qu'il a mal cité un ou plusieurs auteurs, ou emprunté sans le dire des phrases entières à de non moins savants écrivains qui souvent ont fait la même chose. Mais quoi! certaines opérations, pour être douloureuses, n'en sont pas moins nécessaires ; le chirurgien qui opère sans chloroforme, le médecin qui prescrit un vomitif ou un vésicatoire, font souffrir et crier leurs malades; mais il le faut: la conservation de la vie prime la douleur, si vive et si prolongée qu'elle soit. De même, en pratiquant çà et là l'excision de certaines erreurs ou le redressement forcé de quelques autres, ou la *greffe par restitution* d'un lambeau plus ou moins étendu de page, arraché sans scrupule à M. X... par M. Z..., je ferai saigner bien des amours-propres, et j'entends déjà les malédictions jetées à l'indiscret qui fouillera jusque dans les moindres notes d'un livre pour en extraire les contre-sens, les fautes de copiste, les plagiats, etc. Mais comme je sais d'autre part que cette manière de faire empêchera quelques écrivains de suivre le mauvais exemple de

leurs devanciers, je ne crois pas ce résultat trop chèrement acheté ; je m'estimerai suffisamment dédommagé des clameurs que j'aurai soulevées si je puis contribuer à faire rentrer dans le rang un seul irrégulier de la littérature et à empêcher ceux qui y sont d'en sortir.

D'ailleurs, comme on verra bien que mes critiques ne sont inspirées ni par un parti pris de dénigrement, ni par le secret désir de récréer la galerie aux dépens des auteurs auxquels elles s'adresseront, mais qu'elles sont écrites tout uniment dans le but d'être utile aux chercheurs en leur indiquant les moyens à prendre pour se tirer d'affaire, éviter les erreurs anciennes et n'en pas créer de nouvelles, je pense qu'on voudra bien oublier la sévérité que j'aurai apportée dans ces critiques.

Pardonnez-moi cette digression, qui pourra nous servir de déclaration de principes, et, jusqu'à un certain point, d'excuse pour les choses désagréables que nous serons parfois forcés d'écrire, et revenons à nos moutons.

« Indiquez-moi aussi, dites-vous, comment il faut s'y prendre pour retrouver une source avec une indication erronée. » Oh ! ceci est plus difficile. J'y suis quelquefois parvenu, mais j'ai souvent encore bien du mal à me tirer des perplexités où me jettent les inexactitudes de nos prédécesseurs, et ma petite expérience ne me permet pas de poser des règles aussi nettes que les précédentes. Je n'en pose même aucune. Tout ce que je puis faire pour vous, c'est de vous inviter à m'accompagner dans mes pérégrinations bibliographiques, heureux d'avoir un compagnon aussi bien doué et aussi résolu que vous, et de pouvoir profiter des réflexions que ne manqueront pas de vous suggérer nos trouvailles bonnes ou mauvaises. Chemin faisant, nous relèverons les

erreurs, lacunes et *imperfections de la littérature médicale*, comme disait notre savant maître M. Verneuil. Nous examinerons comment elles ont pu naître, nous les corrigerons de notre mieux, et nous tâcherons d'éviter d'en commettre d'autres. Plus tard, s'il y a lieu, nous résumerons notre expérience en quelques conclusions pratiques.

Vous verrez comme moi que la bibliographie médicale est une véritable forêt, non pas vierge, car elle a été souvent explorée, mais à peu près inconnue dans bien des parties (1); que, même dans la partie connue, les nombreux sentiers qu'on y a tracés sont loin d'être droits et dépourvus d'obstacles, et que souvent, au lieu de nous conduire à destination, ils ne font que nous égarer davantage ; nous ne serons pas trop de deux pour nous retrouver. Nous perdrons souvent patience, nous abandonnerons souvent une bonne piste pour une mauvaise, séduits par les dehors engageants d'un petit chemin qui, muni à son entrée d'une indication bien écrite, nous conduira traîtreusement dans un labyrinthe inextricable où nous pesterons tout à notre aise; ou bien si, comme M. Verneuil, nous nous embarquons sur un petit ruisseau aux apparences calmes et tranquilles, car il y en a aussi dans les forêts, notre esquif ira parfois se heurter sur les bas-fonds hérissés d'écueils où nous briserons nos rames, nos plumes veux-je dire.

En bibliographie il faut s'attendre à tout l'imprévu désagréable possible, mais je me hâte d'ajouter que nous aurons aussi quelques compensations. Quand, après avoir bien cherché, nous mettrons la main sur une source ignorée ou perdue,

(1) J'affectionne beaucoup cette comparaison de la littérature médicale avec les forêts, vierges ou non; c'est qu'en vérité elle est tellement volée et pillée dans l'une comme dans l'autre, que la figure est presque forcée. Je dois ajouter, pour ceux qui ne le sauraient pas, que dans la littérature les loups se mangent parfaitement entre eux.

nous oublierons vite les ronces du chemin et ne songerons guère à l'encre avec laquelle on aura autrefois altéré ses ondes limpides.

Mais j'oublie que votre grandeur vous retient à B... Je vais donc partir seul : je prendrai bonne note de mes impressions de voyage et de mes découvertes, et je vous les communiquerai. En attendant, lisez et relisez les feuilletons que MM. Broca, Verneuil, Warmont, Notta, Turner, etc., ont publiés dans la *Gazette hebdomadaire*. Ce sont d'excellents modèles du genre. Faites connaissance avec ces articles du rez-de-chaussée de la *Gazette:* les uns gais, spirituels, les autres plus graves ; tous sérieux au fond et écrits par d'honnêtes plumes. Ils vous apprendront à connaître et à aimer la *méthode bibliographique*. De mon côté, je vous raconterai tout au long ce que j'ai fait ; vous pourrez ainsi imiter ma conduite si vous la trouvez bonne, en suivre une autre si vous le jugez convenable ; dans ces deux cas, je serai heureux si j'ai pu vous être utile en quelque chose.

Puisse ce récit impartial ne pas vous détourner de vos projets, et l'aveu de mon impuissance ne pas vous faire rompre les bonnes relations auxquelles tient tant

Votre bien dévoué,

L. H. PETIT.

P. S. — Je viens de parler de la méthode bibliographique. N'ayant trouvé nulle part la définition de cette méthode, je vous propose celle-ci : La méthode bibliographique est l'art de rechercher dans les livres des travaux se rapportant à un sujet donné, d'analyser ces travaux, d'en extraire les idées, les faits qu'ils contiennent, et de les classer ensuite de manière à en tirer le meilleur parti possible.

Ainsi envisagée, la méthode bibliographique peut s'appliquer à deux ordres de recherches : 1° l'historique d'une idée, d'un personnage ou d'un fait ; 2° la réunion de faits semblables, dans le but d'établir ou de contrôler une opinion sur un sujet donné.

L'importance de cette méthode, si peu appréciée en général, a été attestée par M. Verneuil, dans la préface dont il a bien voulu honorer mon *Traité de la gastro-stomie :*

« Je soutiens depuis longtemps, dit-il, que le progrès scientifique a trois moteurs principaux d'égale puissance : l'*érudition*, l'*observation*, l'*expérimentation*, — et qu'il existe une *méthode bibliographique* distincte, indépendante, digne d'être cultivée pour elle-même, et qui ne le cède en rien à ses deux rivales quant au nombre et à la valeur des informations qu'elle fournit. »

Vous voyez donc que le but que nous poursuivons est loin d'être *inglorius*. Nous avons une riche mine à exploiter, à nous de le prouver aux autres ; et, en montrant quel parti on peut tirer de ce genre de travail, nous augmenterons bientôt, j'en suis convaincu, le nombre si petit encore des disciples sincères de la méthode bibliographique.

HISTOIRE

DE LA

PREMIÈRE RÉSECTION DE L'ÉPAULE

POUR CARIE

ATTRIBUÉE A TORT A CHARLES WHITE, DE MANCHESTER

Il y a quelques mois, M. le professeur Ollier (de Lyon) me fit l'honneur de me demander quelques renseignements au sujet de l'observation dont je viens de parler. « On attribue généralement à White, me dit-il, la première résection de l'épaule pour carie, et comme le malade, après la guérison, a conservé les mouvements du bras, on m'a plusieurs fois fait entendre, en s'appuyant sur ce cas, que la résection sous-périostée n'était pas nécessaire, puisque White ne l'avait pas pratiquée. Je n'ai jamais lu l'observation originale, et je voudrais bien la lire. »

Je me mis à la recherche de l'observation désirée, qui se trouve dans l'ouvrage de White intitulé : *Cases in Surgery, with remarks*. Pendant que M. Ollier la parcourt, je vais en donner la traduction, que l'on ne trouve que par fragments plus ou moins considérables dans les livres français sur la matière.

OBSERVATION DE WHITE

Relation d'un cas dans lequel la tête supérieure de l'humérus fut réséquée; une grande portion d'os s'exfolia ensuite, et cependant tous les mouvements du bras furent conservés. (Lu devant la Société royale, le 9 février 1769. — White, *Cases in Surgery, with remarks*, part the first., London, 1770, p. 57, in-8.) (1).

Edmond Pollit, de Sterling, près Cockey-Moor, dans ce comté, âgé de quatorze ans, d'apparence scrofuleuse, fut admis à *Manchester Infirmary* le 6 avril 1768. Les renseignements que je reçus avec lui furent qu'il avait été pris brusquement, environ une quinzaine auparavant, d'une violente inflammation de l'épaule gauche, avec menace de gangrène, mais qui enfin se termina par un vaste abcès qu'on avait ouvert avec une lancette quelques jours avant l'entrée. L'ouverture était située près de l'aisselle, sur le bord inférieur du muscle grand pectoral, et par cet orifice on pouvait sentir distinctement la tête de l'humérus séparée complètement de sa capsule. Le pus, qui était très fétide et en grande quantité, avait décollé les parties molles jusqu'à la partie moyenne de l'humérus, et s'était fait jour par une autre ouverture juste au-dessous de l'acromion, et par laquelle on pouvait voir facilement la tête de l'os.

Tout le bras et la main étaient doublés de volume par le gonflement et avaient perdu leurs usages. Le malade souffrait beaucoup, et l'absorption du pus avait déterminé des symptômes hectiques : sueurs nocturnes, diarrhée, pouls rapide et perte d'appétit, qui l'avaient extrêmement émacié.

Dans ces circonstances critiques, il ne semblait y avoir de ressource que dans une opération. La plus commune en pareil cas, celle qui a pour but d'enlever le bras à son articulation avec l'omoplate, paraissait pleine de dangers en elle-même et dans ses suites. Je proposai donc l'opération suivante, dont j'attendais beaucoup d'avantages, et je la pratiquai le 14 du même mois.

Je commençai mon incision à l'orifice situé immédiatement au-dessous de l'acromion, et je la continuai jusqu'à la partie moyenne

(1) Cette relation est la même que celle des *Phil. Trans*, 1769, t. LIX, p. 39.

de l'humérus, par laquelle tout l'os sous-jacent fut mis à découvert. Je pris alors à pleine main le coude du patient, et fis sortir facilement la tête de l'humérus de sa cavité; puis je l'attirai si complètement hors de la plaie, que je saisis facilement toute la tête dans ma main gauche, et la maintins ainsi jusqu'à ce qu'elle fût sciée avec une scie à amputation ordinaire, après avoir mis préalablement une plaque de carton entre l'os et la peau. J'avais pris la précaution de faire placer par un aide sûr un compresseur immédiatement au-dessus de la clavicule, afin d'arrêter la circulation dans l'artère, si j'avais eu le malheur de la blesser; mais il n'arriva aucun accident, et le patient ne perdit pas plus de deux onces de sang; on ne blessa qu'une petite artère qui entoure en partie la jointure, et qui fut aisément obturée.

Le malade alla remarquablement bien après l'opération et passa une bonne nuit; la suppuration diminua de jour en jour, la tuméfaction disparut peu à peu, l'appétit revint, et les symptômes hectiques cessèrent. Au bout de cinq ou six semaines, je constatai que la partie dont l'os avait été retiré avait acquis un degré considérable de fermeté, et que le bras pouvait soulever un poids assez lourd. Au bout de deux mois, je trouvai qu'un volumineux fragment de toute la substance de l'os, qui avait été dénudé par le pus, puis exposé à l'air, était prêt à se séparer de l'os sain, et avec une pince je l'enlevai facilement. Après cette exfoliation la plaie se cicatrisa très vite, et le 15 août le malade sortit parfaitement guéri.

En comparant ce bras avec l'autre, il n'était pas tout à fait un pouce plus court; le malade pouvait s'en servir parfaitement, et non seulement élever son bras à toute hauteur, mais encore exécuter les mouvements de rotation aussi bien que jamais. La forme du bras n'est nullement altérée, et, d'après ses usages et son aspect à l'œil et au toucher, je crois pouvoir dire, en toute certitude, que la tête, le col et une partie du corps de l'humérus sont actuellement régénérés.

Je ne me servis d'aucune attelle, machine ou bandage pendant la cure, pour garder le bras strictement dans la même position, et la plaie ne fut même pas pansée dans le lit, mais le malade assis sur une chaise, et, aussitôt qu'il put le supporter, debout et le corps

incliné en avant, pour permettre l'application des bandes, qui se bornaient au nécessaire pour retenir les pièces du pansement. C'est à cette méthode que j'attribue la conservation des mouvements de la jointure, impossible par tout autre moyen, car l'articulation serait, suivant toute probabilité, restée raide, et se serait ankylosée si l'on n'en avait pas permis le jeu.

Remarques. — Bien que de cette opération j'espérasse retirer beaucoup plus d'avantages que de la désarticulation de l'épaule, cependant mon attente était bien au-dessous du succès qui l'accompagna. Je ne me flattais pas d'obtenir une jointure mobile, ni de conserver au bras presque sa longueur, parce qu'il y avait une perte de plus de 4 pouces de toute l'épaisseur de l'os, sans autre os pour lui servir de tuteur, comme à la jambe et à l'avant-bras, et que l'état déplorable du bras, au moment de l'opération, m'empêchait d'employer aucune machine pour le maintenir étendu. Mais je suppose que le poids du bras suffit, dans une certaine mesure, à contre-balancer le pouvoir contractile des muscles : car le membre n'était suspendu que par une écharpe, et le malade ne fut jamais confiné au lit. Je ne pouvais m'empêcher d'être surpris de trouver tant de force et de fermeté, ce qui dénotait évidemment une régénération de l'os, avant que la partie inférieure de l'os se fût exfoliée, ou même avant qu'elle eût commencé à se détacher. La substance osseuse ne pouvait venir de l'omoplate, la cavité glénoïde de cet os n'étant pas dépouillée de son cartilage. N'était-il pas possible qu'elle provînt de l'extrémité de l'os sain, avant que la partie malade eût commencé à se séparer d'elle? Ou bien y aurait-il des vaisseaux qui puissent charrier la substance osseuse et la déposer à la place de celle qui avait été enlevée?

Ce sont là des points que je n'ai pas la prétention de résoudre absolument, mais j'incline beaucoup vers la dernière opinion.

N'est-il pas probable qu'il y eut une régénération du cartilage aussi bien que de l'os? Il est bien connu de toute personne versée dans l'anatomie que non seulement les extrémités de certains os qui ne sont pas réunis à d'autres sont couvertes de cartilages; mais que ceux-ci ne manquent jamais sur les extrémités et dans les cavités réunies des os qui sont destinés à exécuter des mouvements; et je ne puis comprendre, dans le cas actuel, comment les mou-

vements pouvaient être conservés si complets sans cartilage, sans ligament capsulaire, ou quelque chose d'analogue, pour renfermer la synoviale et maintenir l'os en place.

Comme cette opération est la première de ce genre qui ait été pratiquée, ou du moins rendue publique, je pense que sa relation est capable de contribuer aux progrès de l'art. M. Gooch, cet ingénieux chirurgien, a, il est vrai, rapporté trois cas dans lesquels les têtes des os ont été sciées pour des luxations compliquées. Dans un de ces cas, l'extrémité inférieure du tibia et du péroné fut réséquée; dans un autre, celle du radius, et dans le troisième, celle d'une phalange du pouce; mais ces faits diffèrent, sous beaucoup de rapports, du cas actuel. Je pense qu'il arrivera rarement que cette opération ne soit pas de beaucoup préférable à l'amputation du bras dans l'article ; car celle-ci est généralement pratiquée pour une carie de l'extrémité supérieure de la tête de l'humérus, et la conservation d'un membre est toujours d'une importance capitale; et ce que le chirurgien le moins doué d'humanité doit en tout cas désirer, c'est, comme dans le cas actuel, de conserver le membre entier et ses fonctions sans prolonger la cure, et en diminuant incontestablement le danger de l'opération. Car, bien que l'amputation soit souvent indispensable, nécessaire, et s'accompagne fréquemment de peu de danger ou d'inconvénient lorsqu'une partie seulement du membre est enlevée, cependant, lorsque le tout est perdu, le danger est considérablement accru et la perte irréparable.

J'ai fréquemment pratiqué cette opération sur le cadavre et lorsque les parties n'avaient pas été malades, et je n'ai jamais éprouvé aucune difficulté. D'après la dissection de la région, il n'y a pas de raison de douter du succès sur le vivant, où les ligaments et les muscles sont plus souples, et où le pus, en s'insinuant entre l'os et les téguments, a rendu moins de dissection nécessaire. J'ai également, sur un cadavre, fait une incision sur la face externe de la hanche, la continuant jusqu'au-dessous du grand trochanter; alors, incisant le ligament capsulaire et portant le genou en dedans, la tête du fémur sortait de son alvéole, et je la sciais facilement. Je ne doute pas que cette opération puisse être pratiquée sur un sujet vivant avec de grandes chances de succès.

L'Académie royale de chirurgie de Paris a proposé pour ques-

tion de prix : si l'amputation de la cuisse, à son articulation avec l'os innominé, était jamais préférable ; mais si j'étais dans la nécessité de pratiquer cette opération ou celle que je viens de décrire, je n'hésiterais pas un moment dans mon choix.

J'ai eu l'honneur de présenter à la *Royal Society* les os que j'avais extraits du bras de l'enfant, au moment où le mémoire fut lu ; ils sont maintenant déposés dans le musée de la Société.

En résumé, White, dans un cas d'inflammation, puis de mortification (il ne dit ni *carie*, ni *nécrose*) de l'extrémité supérieure de l'humérus, réséqua cette extrémité ; mais la mortification s'étendait plus bas, et quelque temps après, lorsque la séparation fut complète, il put enlever en entier, avec une pince, le fragment mortifié. L'os se reproduisit, et le bras conserva ses mouvements et ses usages.

Dans les diverses hypothèses qu'il émet pour expliquer la régénération osseuse, White ne songe pas un seul instant au périoste. Il pense qu'il y a des vaisseaux qui ont pour fonction de charrier la substance osseuse et de la déposer à la place de celle qui avait été enlevée, et voilà tout. Il n'a donc pas voulu faire une résection sous-périostée, mais en réalité il en a fait une ; bien plus, il a même conservé la capsule articulaire et l'épiphyse humérale supérieure, comme M. Jourdain faisait de la prose et comme certains chirurgiens ont extirpé le rein, sans le savoir. Analysons, en effet, la relation de White.

En quinze jours, la tête de l'humérus avait été complètement séparée de sa capsule, au point qu'après l'incision des parties molles le chirurgien n'a eu qu'à pousser le coude pour faire sortir cette tête par la plaie. Que la capsule ait été perforée en un ou plusieurs points, passe encore ; mais totalement détruite, ainsi que les insertions musculaires, sans

qu'il soit resté quelques solides faisceaux pour retenir un peu la tête, voilà qui nous étonne d'abord.

Au bout de cinq à six semaines l'os est reproduit en grande partie, et le bras peut soulever un poids assez lourd. Donc, puisqu'il n'y a pas d'ankylose, la capsule ou des ligaments articulaires se seraient reproduits de manière à consolider fortement l'articulation, sans que le cartilage de la cavité glénoïde, resté au milieu d'un foyer de suppuration, se soit exfolié. Seconde hypothèse inadmissible.

Enfin, au bout de quatre mois, l'os et l'articulation sont complètement restaurés, le bras n'est pas d'un pouce plus court que l'autre, et il exécute parfaitement les mouvements d'abduction et de rotation. Tout cela est bien invraisemblable, si l'on admet une ostéite de l'humérus avec participation de *toute la tête* de l'os.

M. Ollier lisait et relisait en silence la narration du fait, lorsque, en feuilletant machinalement le livre, il tombe sur une gravure représentant les deux portions d'os extirpées. (La gravure, par une erreur du relieur, avait été mise quelques pages avant l'observation, ce qui avait été cause que M. Ollier ne l'avait pas vue tout d'abord.) « Mais, s'écrie-t-il, la tête n'y est pas! » Je regardai, et, en effet, je ne vis sur la gravure aucune trace de la portion osseuse qui, sur un humérus normal, se trouve au-dessus de la diaphyse (1); il manquait les deux tubérosités, le *trochiter* et le *trochin*, et la ligne de séparation était nettement indiquée par des dentelures, comme si l'épiphyse supérieure avait été arrachée de la diaphyse. Dès lors tout s'expliquait.

(1) J'ai montré la figure en question à plusieurs personnes très versées dans l'anatomie, et toutes ont été d'avis qu'il s'agissait d'un fragment d'humérus sans épiphyse supérieure.

Le jeune malade avait été atteint d'une ostéite juxta-épiphysaire; la partie nécrosée de la diaphyse s'était séparée de l'épiphyse et du périoste, lequel avait produit un os nouveau qui s'était réuni à l'épiphyse d'une part, et au reste de la diaphyse d'autre part. La nature, en décollant l'épiphyse et le périoste, avait fait ce que White n'aurait pas songé à faire, et celui-ci eut la chance d'intervenir lorsqu'il ne restait plus, pour terminer l'opération, qu'à enlever l'os nécrosé : ce dont il faut féliciter l'opérateur et surtout l'opéré.

Le mode de traitement adopté par White était un des procédés de l'extension continue. En effet, il n'employa aucun appareil pour maintenir le bras étendu; le membre n'était suspendu que par une écharpe; le malade ne fut jamais confiné au lit; de sorte que, comme le dit White, le poids du bras fut, dans une certaine mesure, suffisant pour contre-balancer le pouvoir contractile des muscles. Cette manière de faire contribua certainement à assurer la rectitude du bras; mais, en outre, comme l'admettent les partisans de l'extension continue dans le traitement des arthrites, elle peut avoir eu pour résultat de prévenir l'ankylose des surfaces articulaires et l'atrophie des muscles circonvoisins, et d'autant plus facilement qu'il n'y eut pas d'arthrite.

En résumé donc, l'observation de White pourrait actuellement prendre le titre suivant : « Ostéite juxta-épiphysaire » de l'humérus; décollement spontané de l'épiphyse; né- » crose de la partie supérieure de la diaphyse; résection de » la partie mortifiée; extraction consécutive d'une autre por- » tion nécrosée; régénération de l'os; conservation des fonc- » tions de l'articulation et des usages du bras. »

Quant à une résection de l'épaule, qu'il n'en soit plus jamais question.

Mon opinion une fois formée sur ce fait si intéressant à divers titres, je voulus savoir quelle était celle d'autrui.

Le plus curieux dans cette histoire, c'est que, tandis que bon nombre de chirurgiens anglais avaient fait la même remarque que M. Ollier et moi, aucun de nos compatriotes, sauf Robert et Sabatier, ne parut se douter de l'illusion de White.

Bent, le premier qui, après White, écrivit sur la matière, pratiqua réellement la résection de l'épaule, et ne manqua pas de faire observer que son prédécesseur avait laissé la tête de l'humérus en place, et que probablement l'articulation n'avait pas été atteinte par l'inflammation osseuse. Voici d'ailleurs sa communication à la *Royal Society*, que nous traduisons ici, parce que le fait qu'il rapporte est, cette fois, le premier dans lequel on ait pratiqué la résection de l'épaule pour carie.

COMMUNICATION DE M. BENT

Histoire d'une femme qui jouit des fonctions de son bras droit après la résection de la tête de l'humérus, par James Bent, chirurgien à Newcastle. (*Phil. Trans.*, 1774, vol. LXIV, p. 353, et édition abrégée, t. XIII, p. 539.) (1).

M. White (de Manchester), dans l'histoire d'une opération pratiquée sur l'humérus, publiée dans son traité intitulé : *Surgical cases, with remarks*, et lue devant la Société royale le 9 février 1769, prétend qu'il a réséqué la tête supérieure de cet os, et que son malade jouit de tous les usages de la jointure. Comme la supposition que la tête de l'os, avec ses ligaments, etc., s'est régénérée, pourrait paraître quelque peu

(1) Les deux versions ne diffèrent l'une de l'autre que par ce que l'une est à la première personne et l'autre à la troisième.

merveilleuse, et pourrait empêcher certains chirurgiens d'accorder à cette opération l'attention qu'elle mérite certainement, je me flatte que l'observation que je présente n'est pas indigne de la Société, car elle prouve que l'opération est non seulement praticable, mais utile; en même temps elle démontre la nature de l'erreur de M. White. Dans la planche VI, figure 1, il a donné le dessin de la portion d'os réséquée; la simple inspection suffit pour convaincre tout le monde que ce ne pouvait être que le corps de l'humérus qui était carié et séparé de son épiphyse; car la tête ronde, avec son cartilage, est absente. Je pense qu'ils sont rares, les cas dans lesquels toute la tête d'un os quelconque est ainsi entièrement détruite en deux ou trois semaines par la carie, comme ce que montre la figure. D'où il appert que l'articulation, avec son ligament capsulaire, était restée intacte. Cette opinion est confirmée par la manière dont l'opération fut faite (p. 58), lorsque M. White dit « qu'il commença ses incisions à l'orifice situé immédiatement au-dessous de l'apophyse acromion ». Comme l'acromion fait saillie un peu au-dessus de la jointure, le commencement de l'incision faite au-dessous doit, naturellement, être au-dessous du ligament capsulaire.

Voici maintenant l'observation de Bent :

Mary Turner, sœur d'un fermier d'Ipstener, dans ce comté, vint me consulter en octobre 1771 pour un abcès de l'articulation de l'épaule droite, dont elle souffrait depuis près de trois ans. A l'examen je trouvai trois ouvertures : deux vers la partie moyenne du bord inférieur de la clavicule, et la troisième près de l'insertion du muscle grand pectoral à l'humérus. Deux sondes introduites par les orifices supérieur et inférieur se rencontraient facilement dans l'articulation; les orifices de la capsule semblaient très petits, et on pouvait sentir la tête cariée de l'humérus. Le seul traitement possible, dans ce cas, était l'amputation du bras ou la

résection de la tête de l'os pratiquée par une des fistules. Je me déterminai pour ce dernier parti.

Je commençai donc mon incision en partant de l'orifice supérieur, près de la clavicule, et la continuai, en passant sur la jointure, jusqu'aux insertions du muscle grand pectoral; mais, trouvant cette seule incision trop petite pour pouvoir atteindre facilement la tête de l'os, je séparai une partie du muscle deltoïde de son insertion à la clavicule, et également un peu de son insertion à l'humérus; je pus ainsi arriver à la jointure, dont le ligament capsulaire, par suite d'inflammations fréquentes, était tellement épaissi et maintenait la tête de l'os si serrée dans son alvéole, que je ne pus introduire que difficilement une spatule entre les deux. Cette particularité, après l'ouverture de la capsule, empêcha également la tête de l'os de quitter la cavité glénoïde en portant le coude en arrière, comme c'est l'ordinaire lorsqu'on opère sur le cadavre, lorsque l'articulation est à l'état normal; il fallut donc inciser la capsule circulairement avant de pouvoir atteindre l'os avec la scie. Je portai alors le coude en arrière, et attirai la tête de l'os sur le muscle grand pectoral : car il me fut impossible de la scier directement en travers, comme le conseille White, sans laisser une portion considérable de l'os qui avait été mis à nu par le bistouri, et qui se serait probablement exfoliée. En mettant une plaque de carton entre le bord du muscle deltoïde et l'os, et la scie dans l'incision, avec le tranchant vers l'articulation, je réséquai tout ce qui était privé de périoste, et n'eus pas d'exfoliation. Aucune artère ne dut être liée. Comme le tendon du biceps fut sectionné, je maintins le bras suspendu. La malade regagna à pied sa chambre; la douleur n'était pas très considérable; elle guérit par le traitement ordinaire sans aucun symptôme fâcheux. Elle quitta cette ville six semaines après l'opération.

Rentrée chez elle, elle se servit trop de son bras, et la cicatrice se rouvrit d'environ un pouce et demi, ce qui retarda la cure de trois semaines; mais depuis ce temps elle continua à aller bien. Elle se sert parfaitement de l'avant-bras, peut écarter le bras d'environ cinq ou six pouces de son côté, porter le bras en arrière, lacer son corset, mettre son chapeau, coudre, et vaquer à toutes ses occupations aussi bien que jamais, pourvu qu'elles n'exigent pas

de trop lever le coude. L'extrémité supérieure de l'humérus est à environ un pouce au-dessous de la pointe de l'épaule, et les apophyses acromiale et coracoïde sont de chaque côté de la cicatrice, presque à égale distance. Je fais cette remarque simplement pour montrer plus exactement le trajet de l'incision.

Nous avons tenu à rapporter les deux documents précédents, malgré leur longueur, parce qu'ils sont peu connus maintenant, qu'ils ont été altérés de mille manières, et qu'ils pourront nous servir de terme de comparaison, dans la suite de ce travail, avec les erreurs que nous avons relevées à leur endroit.

Orred, chirurgien de Chester, communiqua une observation analogue à celle de Bent, le 12 octobre 1778. Il ne fait pas mention de celle de Bent ni de ce fait que la tête de l'humérus peut n'avoir pas été réséquée dans le cas de White. (*Phil. trans.*, 1779, t. LXIX, p. 6.)

Je ne crois pas que l'ouvrage de White ait été beaucoup consulté en France; mais il ne l'a pas été certainement par le traducteur anonyme de l'opuscule de Park, qui, dans sa préface, parle ainsi de ce fait (1):

« On lit dans le recueil des observations de M. White (2) qu'un jeune homme écrouelleux, âgé de quatorze ans, et dont la tête de l'humérus était cariée, a été guéri dans l'espace de quatre mois, par la section de l'extrémité supérieure de cet os. Une incision faite à travers une ouverture fistuleuse, depuis l'acromion jusque vers le milieu du bras, a suffi pour

(1) *Nouvelle méthode de traiter les maladies qui attaquent l'articulation du coude et du genou*, par H. Park, chirurgien de l'hôpital de Liverpool, ouvrage traduit de l'anglais. Paris, 1784, in-12, pp. x-59.

(2) *Cases in Surgery, with remarks*, London, 1770, in-12. — Or, c'est un in-8°. Park ne cite White qu'incidemment, à la page 19.

faire sortir la tête de l'os de la cavité, la capsule étant détruite par la suppuration. Ce malade n'a point eu d'hémorrhagie, son bras est resté un peu plus court que l'autre et ne peut se mouvoir dans la cavité de l'omoplate ni être élevé jusqu'à une certaine hauteur; mais tous ces inconvénients sont assurément préférables à la perte du bras, qu'on voulait amputer dans la jointure de l'épaule. »

Il est évident que si le traducteur de Park avait lu l'observation de White dans l'original, il n'aurait pas ainsi rédigé cette dernière phrase, puisque le bras pouvait s'élever à toute hauteur, et exécuter les mouvements de rotation aussi bien que jamais : il a donc dit le contraire de la vérité.

Benj. Bell (*A system of Surgery*, 2e édit., 1778, t. VI, p. 428), Syme (*Treatise on the excision of diseaded joints*, 1831, p. 44), pas plus que le traducteur de Park, ne se doutent que la tête de l'humérus a pu rester dans la jointure, et cependant Syme rapporte le fait presque en entier. La seule remarque importante de cet auteur, c'est que, d'après lui, il ne s'agit pas d'un cas de carie, mais de nécrose, et il s'appuie pour parler ainsi sur la facilité de l'opération et sur son heureux résultat, en particulier l'absence de diminution de longueur du membre.

L'erreur la plus considérable qui ait été commise dans toute cette histoire est celle de Costello, qui, se trompant d'observation, vient dire que White n'a jamais fait la résection de l'humérus pour carie, mais pour une pseudarthrose consécutive à une fracture. Voici le passage :

« Les premiers faits de résection qui sont rapportés à une époque relativement moderne appartiennent au commencement du siècle dernier, et c'étaient des cas de résection de la clavicule. Suivant toute probabilité, on a observé çà et là quel-

ques faits dans lesquels, pour des luxations et des fractures compliquées, les extrémités irréductibles des os, articulaires ou non, furent réséquées pour faciliter la réduction. Mais il faut arriver à la seconde moitié de ce siècle avant de trouver des préceptes relatifs à la résection dans les articulations, exposés d'une manière méthodique. On a longtemps supposé que cette pratique avait commencé avec White (de Manchester), mais nous allons voir que c'est une erreur. Le cas de White, que nous résumons, est rapporté dans le vol. LIX des *Phil. trans.* Le patient, garçon de neuf ans..... » (*The Cyclopedia of pract. Surgery*, vol. IV, p. 27, col. 2.)

Or, cette observation, qui est bien de White, est aussi très remarquable : car c'est la première dans laquelle on ait pratiqué la résection des fragments d'une pseudarthrose ; mais ceci n'excuse pas l'erreur de Costello. S'il eût consulté le livre de White, il n'eût pu s'y tromper, car les deux observations sont à la suite l'une de l'autre, et en cherchant celle qu'il cite, qui est la seconde, il n'aurait pas manqué de voir la première.

Cette erreur inconcevable s'explique d'autant moins que, quelques pages plus loin, Costello parle à plusieurs reprises du procédé de White pour la résection de l'épaule (p. 38, col. 2; p. 39, col. 1 ; p. 40, col. 1). Il est vrai qu'il en profite pour commettre une nouvelle erreur, comme s'il eût voulu démontrer surabondamment qu'il n'avait pas lu ce dont il parlait. « White, dit-il, ouvrit l'articulation par une simple incision perpendiculaire, écartant les bords simplement pour atteindre le ligament capsulaire » (p. 38, col. 1). Heureusement pour le malade, la capsule avait été respectée par le mal et par le chirurgien.

Voici maintenant venir des auteurs qui ont non seulement

cité correctement le fait de White, sans cependant en donner toujours l'indication bibliographique, mais encore l'ont interprété comme il convient.

« Dans le cas de White, bien qu'on eût enlevé près de quatre pouces de l'os, le bras fut très peu raccourci, et sa forme peu altérée ; les mouvements de rotation et autres et l'usage de la jointure revinrent complètement, et la partie dont on avait enlevé l'os reprit bientôt un degré remarquable de fermeté. Ces considérations et d'autres encore ont porté quelques auteurs à conclure, et, autant qu'il est permis d'en juger, à juste titre, que ce fait intéressant n'était pas un cas de carie, mais de nécrose aiguë, dans lequel la tête de l'os ne fut pas enlevée par l'opération, mais détachée de la partie supérieure de la diaphyse par la maladie, et se réunit à la diaphyse régénérée après l'ablation de la portion qui avait été atteinte de nécrose. » (William Pirrie, *The principles et practice of Surgery*, London, 1852, p. 763.)

« Dans le cas célèbre de White, de Manchester, cité ordinairement comme le premier dans lequel la résection de l'épaule fut pratiquée, un séquestre volumineux fut enlevé; mais il ne paraît pas que ce séquestre fît partie de la jointure. En effet, la figure du livre de White (*Cases in Surgery*, p. 68) montre clairement que la diaphyse était séparée de l'épiphyse et que la partie enlevée fut la portion supérieure nécrosée de la diaphyse. » (T. Holmes, *A system of Surgery*, 2e édit., London, 1871, t. V, p. 667, en note.)

« Le premier cas dans lequel on ait fait une tentative méthodique de résection pour affection de l'extrémité articulaire d'un os est dû à White (de Manchester), en 1768; il enleva ainsi une portion considérable de l'extrémité supérieure de l'humérus, bien qu'il soit douteux qu'il ait enlevé en même

temps la tête de l'os. Quoi qu'il en soit, il s'était assuré d'abord par des expériences sur le cadavre que cette opération était praticable. Bien que la tête de l'humérus puisse ne pas avoir été enlevée par White dans ce cas, elle le fut certainement trois ans plus tard par J. Bent (de Newcastle), qui, en 1771, enleva par une opération régulière et préméditée la tête cariée de l'humérus avec un plein succès. » (Erichsen, *The science and art of Surgery*, 6e édit., 1872, t. II, p. 199.)

« La résection de l'épaule pour carie passe communément pour avoir été pratiquée pour la première fois par M. Ch. White (de Manchester), en avril 1768. Il avait auparavant réséqué la tête de l'humérus sur le cadavre ; mais l'opération en question consista à enlever la partie supérieure de l'humérus pour nécrose, laissant la tête de l'os dans la cavité glénoïde. » (Fr. James Gant, *The science and practice of Surgery*, London, 1871, p. 656.)

Le professeur Gross (de Philadelphie), paraît se ranger à cette opinion, car il attribue à Bent la première résection de l'épaule pour carie, sans faire mention de White. « L'opération fut pratiquée pour la première fois pour carie de la tête de l'humérus, en 1771, par M. James Bent, de Newcastle (Angleterre), bien qu'un procédé à peu près semblable ait été exécuté en 1740 par Thomas de Pézenas, en Languedoc. » (*A system of Surgery*, 3e édit., 2e vol., p. 1005, Philadelphie, 1864).

Voyons maintenant ce que pensent nos compatriotes de cette question de priorité.

En France, on s'accorde généralement à partager la palme entre White, David (de Rouen) et Vigarous (de Montpellier). On parle encore d'une observation analogue publiée vers 1740 par Thomas (de Pézenas) et relative à l'extraction, sans ré-

section, de l'extrémité supérieure d'un humérus affecté de carie. Le professeur Gross, comme nous venons de le voir, a fait allusion à ce cas.

Le premier auteur qui ait parlé de ce fait est Vigarous, dans un mémoire *sur la régénération des os longs*, envoyé à l'Académie de chirurgie en 1774, au rapport de Sabatier, mais publié seulement en 1788, avec d'autres travaux du même chirurgien, par son fils, et intitulé : *Sur la régénération partielle et totale des os cylindriques.*

A la page 94 se trouve l'observation de Thomas, communiquée à Vigarous par l'auteur, et qui vraisemblablement n'avait pas encore été publiée. Aucun indice ne permet de le supposer, car tous les auteurs qui la citent, ou ne donnent pas d'indication bibliographique, ou renvoient à Vigarous.

En 1740, Thomas fut appelé auprès d'une petite fille de quatre ans atteinte, à la suite d'une variole, d'une inflammation de la partie supérieure du bras gauche ; il s'y forma un abcès qui s'ouvrit à la partie antérieure et supérieure du bras, à quatre travers de doigt au-dessous de l'acromion ; cette ouverture, ayant été jugée trop petite, fut agrandie en haut et en bas par deux coups de ciseaux. Au second pansement on trouva, sortant par la plaie, l'humérus dénudé et privé de sa tête, qu'on pensa être restée dans la cavité glénoïde. On appliqua des exfoliatifs sur la portion saillante ; elle se mobilisa et fut extraite un mois après ; le lendemain, Thomas fit l'extraction de l'épiphyse qui forme la tête de l'os. Après cette exfoliation, la plaie fut cicatrisée, et l'os régénéré dans un mois et demi de temps de la manière la plus complète ; la malade a recouvré tous les mouvements, la force et la longueur du bras.

Vigarous donne ensuite la traduction de l'observation de

White (1), d'après les *Transactions philosophiques* de 1769 (vol. LIX, p. 39); fait quelques réflexions sur ces cas; dit que, d'après ses connaissances sur la régénération des os, il avait conçu l'amputation partielle du bras dans l'article, et rapporte son observation personnelle (2).

« En 1767, à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, était un jeune homme de dix-sept ans, attaqué d'une carie considérable à la tête de l'os du bras; je lui fis une incision suivant toute la longueur et la direction des fibres du deltoïde; elle fut suffisante pour permettre la luxation de cet os, que je sciai ensuite à un pouce et demi au-dessous de sa tête, avec une scie ordinaire d'amputation. Mais l'opération avait été faite trop tard; le pus, qui avait été repompé par la continuité de la fièvre, constamment précédée par des frissons, avait formé des dépôts dans toutes les articulations des os joints avec mouvement, et sur la plupart des viscères du bas-ventre, qui en étaient considérablement altérés. Le malade mourut peu de temps après. » (Vigarous, *Opuscules sur la régénération des os*, Paris, 1788, p. 106.)

Deux ans après, Paul-Gérard Robert fit une bonne thèse sur la nécrose. Il cite l'observation de Vigarous, qui lui a été communiquée par l'auteur (*nos participes fecit*), et celle de White, dont il donne un résumé, en latin comme le reste du travail, d'ailleurs (p. 15). Il rappelle encore un fait de David observé en 1773, à Rouen; mais il s'agit d'une nécrose du tibia (p. 18). Et c'est tout (3).

(1) Cette traduction pèche par quelques points essentiels. Ainsi Vigarous traduit : *bursal ligament* par *périoste*.

(2) Ces documents se retrouvent dans un livre postérieur de Vigarous intitulé : *Œuvres de chirurgie pratique*, 1812, p. 421 et suivantes. Cet ouvrage est une seconde édition du premier, mais augmentée de travaux inédits de Vigarous père et d'une biographie de ce dernier par son fils.

(3) Robert, *De necrosi ossium*, Paris, 14 septembre 1776. Ce travail est attribué

Dans son résumé de l'observation de White, Robert dit que ce chirurgien, après avoir fait son incision, fit sortir facilement la partie supérieure de la diaphyse de l'os; la carie avait attaqué toute cette partie jusqu'à l'épiphyse de la tête, et le pus avait séparé le périoste du corps de l'os (p. 15).

Robert donne évidemment ici son opinion personnelle sur le cas, opinion dont nous prenons acte, et non l'analyse pure et simple.

Sabatier était également de cet avis, au moins si l'on en juge par une des manières dont il a rapporté le fait, car dans l'autre il n'en est nullement question. Voici la première version, par ordre de dates (1) :

« On a des observations de carie qui avaient totalement désuni le cou et la tête de l'humérus d'avec le reste de cet os, et qui ont été guéries au moyen d'incisions qui ont permis d'extraire les portions d'os devenues corps étrangers. White a fait plus : il a osé pratiquer une incision profonde à la partie supérieure du bras, désarticuler la tête de l'humérus, dont il avait reconnu la carie, la faire sortir à travers la plaie, et la retrancher au moyen d'une scie. Le malade a été guéri en quatre mois. Ce fait a été lu en 1769 à la Société de Londres, et publié ensuite dans un ouvrage qui a pour titre : *Observations de chirurgie, avec remarques*. Le volume LXIV des *Transactions philosophiques* en contient un tout semblable, qui a été communiqué par Bent (de Newcastle), et on

par beaucoup d'auteurs, M. Ollier entre autres (*Traité de la régénération des os*, 1867, t. Ier, p. 39), à Chopart; mais celui-ci ne fut que le président de la thèse.

(1) Sabatier avait déjà, le 30 avril 1778, lu à l'Académie de chirurgie un mémoire sur la résection de la partie supérieure de l'os du bras. Il y a, paraît-il, analysé les faits de Thomas, de White et de Vigarous; nous ne connaissons ce mémoire que par le procès-verbal de la séance. (*Séances publiques de l'Académie royale de chirurgie*, Paris, 1779, p. 82.)

en trouve plusieurs autres dans les écrits des chirurgiens anglais, qui ont paru depuis peu.

» White dit n'avoir fait qu'une incision longitudinale, laquelle, commençant au voisinage de l'acromion, fut prolongée jusqu'à la partie moyenne du bras; et Bent, n'ayant pu parvenir à la tête de l'os au moyen de celle qu'il avait pratiquée depuis la clavicule jusqu'à l'attache du grand pectoral, fut obligé de séparer une portion du muscle deltoïde à l'endroit de son insertion à la clavicule, et une autre portion de ce muscle au lieu où il se fixe à l'humérus. » (Sabatier, *De la médecine opératoire*, t. III, p. 263, 1796; reproduit textuellement dans la 2e édition, t. III, p. 402, 1810, et dans celle de Dupuytren, Sanson et Bégin, 1832, t. IV, p. 557.)

De par cette version, Sabatier introduisit dans la science une grosse erreur qui depuis a fait son chemin. Il dit que White avait désarticulé la tête de l'humérus, ce qui est faux; plus tard, Lisfranc et Champesme exécuteront une première variation sur ce thème; ils feront couper à White les tendons fixés à la tête de l'humérus et les parties molles circonvoisines; Boyer ajoutera la poussée de bas en haut; tout cela se trouvera réuni par Malle, par Sédillot, et fera un procédé opératoire imaginaire qu'ils décriront sous le nom de procédé de White, et qui laissera des traces même dans l'ouvrage de Malgaigne!

L'analyse du cas de Bent, quoique rapportée d'une manière exacte, a été également le point de départ d'erreurs aussi énormes. Ce court résumé a fait croire que Bent avait commencé son opération par l'incision de White; que pour séparer les deux portions du deltoïde il avait fait deux incisions partant de l'extrémité supérieure de la première, et allant l'une en dedans et l'autre en dehors, de manière à figurer un T et à

donner lieu à deux lambeaux triangulaires, double erreur que nous retrouverons dans la plupart des traités postérieurs de médecine opératoire.

La seconde manière dont Sabatier a cité le fait de White est tout à fait exacte, à tel point qu'on ne peut s'expliquer la contradiction qui existe entre les deux versions.

Le 16 frimaire an VIII, le professeur Sabatier lut à l'Institut (classe de mathématiques et de physique) un mémoire sur un moyen de suppléer à l'amputation du bras dans l'article. (*Mémoires de l'Institut*, 1re classe, an XII, t. V, p. 366.)

Ce doit être le même que celui de 1778, car le titre est à peu près semblable, et nous y retrouvons les mêmes documents.

Il y rapporte *in extenso* l'observation de Thomas; une analyse très étendue de celle de White; celle de Vigarous (qu'il écrit Vigaroux), qui, dit-il, faisait partie d'un bon mémoire sur la régénération partielle et totale des os cylindriques, présenté par ce chirurgien à l'Académie de chirurgie en 1774.

Sabatier, d'après des documents inédits, établit que l'épiphyse était séparée du corps de l'os dans les cas de Thomas et de Vigarous, et ajoute qu'il en était de même dans celui de White. « Il suffit, dit-il, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur la sixième des planches qu'il a jointes à son ouvrage. La première (figure) représente la portion d'os qu'il a retranchée. Or, la tête de l'humérus et le cartilage qui la recouvre manquent tout à fait. D'ailleurs, il est difficile de croire que la tête d'un os aussi considérable que celle de l'humérus soit entièrement détruite par une carie en quinze jours de temps. Quant à Vigaroux, il est convenu du fait dans une lettre qu'il m'a adressée. « Je n'ai point retranché, dit-il, la » tête de l'os du bras dans mon opération; elle se trouva re- » tenue dans la cavité de l'omoplate par son ligament capsu-

» laire. Je sens bien qu'il s'est glissé, à cet égard, une inad» vertance dans mon mémoire : car on ne peut dire d'un os » qu'il est luxé que lorsque sa tête est sortie de la cavité dans » laquelle elle était logée ; mais cette petite erreur peut aisé» ment se corriger, et je vous prie de le faire. » (*Ibid.*, p. 373.)

Donc, conclut Sabatier, il faut chercher ailleurs la preuve de la possibilité de retrancher la tête de l'humérus attaquée de carie. Plus loin il rapporte l'observation de Bent, qu'il donne comme exemple de rescision de la tête et de la partie supérieure de l'humérus faite avec succès (p. 376). A la page 381, il dit encore que si « Vigaroux et White ont cru que la manière dont ils ont procédé était applicable à toutes les maladies où la rescision de la partie supérieure de l'humérus peut être pratiquée, ils se sont trompés. M. Ernest Platner, le seul auteur que je connaisse qui ait parlé de cette rescision, est tombé dans la même méprise, parce qu'il n'en a fait mention que d'après M. White ».

« J'ai fait voir, dit-il en terminant, que cette opération est possible ; j'ai indiqué la manière dont elle doit être faite ; enfin j'ai confirmé cette doctrine par des observations qui n'avaient pas été publiées et par d'autres qui l'ont été en langue étrangère. » Or, celles qui n'ont pas été publiées sont, d'après Sabatier, celles de Thomas et de Vigarous ; il faut donc en conclure que Sabatier ne connaissait pas les opuscules publiés par Vigarous fils en 1788, et qu'il a écrit son article d'après le mémoire original envoyé à l'Académie de chirurgie, ou peut-être, comme nous le disions plus haut, que le travail de l'an VIII était le même que celui de 1778. Si cette hypothèse est fausse, on comprend encore que, dans la première édition de son *Traité de médecine opératoire*, il n'ait pas bien interprété le fait de White ; mais on s'explique

moins que les éditions subséquentes aient conservé ce passage sans correction.

La rectification de Vigarous père ne fut pas connue de son fils. En effet, Champion, faisant allusion à cette pièce importante, s'exprime ainsi : « Il paraît que Vigarous (de Montpellier) avait exécuté la même opération dès 1767 ; mais, outre qu'il ne la fit connaître qu'en 1788, le sujet moribond ne survécut que quelques jours ; et d'ailleurs, comme il a fini par en faire l'aveu, il ne fit pas la résection, mais simplement l'ablation de la tête de l'humérus, laquelle était détachée et mobile. » (*Journal de Leroux, Boyer et Corvisart*, mars 1812, t. XXIII, p. 244.)

Vigarous fils répondit ainsi à cette note : « Il existe dans la note de M. Champion une erreur de fait que je dois relever. Il y est dit que Vigarous ne fit que l'ablation de la tête de l'humérus détachée et mobile, tandis qu'il en fit la résection au moyen de la scie ordinaire des amputations. L'auteur confond ici le cas de M. Thomas, chirurgien à Pezénas, qui, en 1740, fit l'ablation seulement de la tête de l'humérus, laquelle était détachée et mobile. Non seulement M. Vigarous a fait la résection de la tête de l'humérus ; mais il conçoit la probabilité et le succès de cette opération dans les plaies d'armes à feu qui intéressent les articulations. » (*Œuvres de chirurgie pratique*, 1812, p. 431, en note.)

Si Champion avait pris soin de dire comment il avait connu le désaveu de Vigarous père, nul doute que Vigarous fils eût ensuite consulté la source et se fût rendu à l'évidence (1).

(1) Champion lui-même n'a certainement pas lu le texte de la rectification de Vigarous père, puisque d'après lui celui-ci aurait reconnu avoir fait l'ablation de la tête de l'humérus, alors que la lettre écrite à Sabatier porte que la tête n'a pas été retranchée dans l'opération.

Le travail de Sabatier a été résumé dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, an VIII, t. III, p. 395. — Nous ne parlons de cet extrait que parce qu'il s'y est glissé de grosses fautes d'impression (?). Ainsi White est appelé Whiter à deux reprises différentes, et Bent est écrit Benck.

Percy, dans son *Eloge de Sabatier*, analyse aussi ce travail, dont il ne donne que l'indication bibliographique incomplète (p. 91). Il dit en note (p. 92) qu' « un mémoire analogue a été inséré, sous le nom de M. Sabatier, dans le recueil de la Société médicale d'émulation ». Si Percy a lu ces deux mémoires, on est en droit de s'étonner qu'il ne les confonde pas, qu'il ne mentionne pas ce fait que la diaphyse humérale était séparée de l'épiphyse supérieure avant l'opération, et qu'il dise que l'observation de White est la plus connue et la mieux constatée de toutes (p. 92). D'ailleurs, Percy, que l'on peut croire blessé de n'avoir pas trouvé ses propres travaux cités par Sabatier, s'attache beaucoup plus, dans ce passage de son éloge, à relever les omissions de Sabatier qu'à faire ressortir la valeur de son mémoire.

Lassus (*De la médecine opératoire*, t. II, p. 501, an III) donne un résumé très étendu de l'observation de White, avec l'indication bibliographique exacte, ce qui, en comptant la traduction de Vigarous, le résumé en latin de Robert et celui en français de Sabatier (deuxième manière), nous donne quatre versions différentes, mais exactes, de l'observation du chirurgien anglais. En supposant même qu'ils n'aient pu se procurer l'original, nos compatriotes avaient au moins chez eux de quoi citer correctement ce fait. Or, c'est justement à partir de cette époque que nous trouvons sur ce cas les assertions les plus étranges, que son histoire devient un véritable roman : car elle est aussi travestie que l'histoire de France par

Alexandre Dumas, avec beaucoup moins d'esprit, ou par le Père Loriquet, avec moins de mauvaise foi, nous nous plaisons à le croire. Si notre excellent maître M. Verneuil s'était embarqué sur ce ruisseau pour faire ses promenades dans l'érudition, ces cascades à répétition n'auraient pas manqué de lui inspirer quelque comparaison poétique avec les cataractes du Nil; nous sentant complètement dépourvu du souffle nécessaire pour nous élever à sa hauteur, nous préférons reprendre prosaïquement notre excursion à travers les sentiers poudreux de la bibliothèque.

Citons pour mention Rossi, qui parle à tort et à travers de White (*Éléments de médecine opératoire*, t. II, p. 232, 1806), et Denoue, qui le passe sous silence. Ce dernier a écrit sur l'*utilité de la résection dans les os des membres* une petite thèse de 16 pages (Paris, 1812, n° 44), dont 6 sont consacrées au titre et aux questions de la fin, ce qui la réduit à 10, et qui, malgré son peu d'importance, est citée partout. D'aucuns toutefois ne l'ont certainement pas lue; on pourrait même croire que c'est par plaisanterie que certains d'entre eux ont changé dans le titre *utilité* en *inutilité*, comme L. Champion (thèse de Paris, 1815, n° 11, p. 7) et M. Raige-Delorme (bibliographie de l'article RÉSECTION du *Dictionnaire en* 30 *volumes*, p. 413).

Dans sa thèse sur *la résection des os cariés dans leur continuité*, Champion, citant Moreau, White, Percy, etc., ne met White qu'en seconde ligne, bien que Moreau n'ait réséqué l'humérus qu'en 1786 (p. 39).

Moreau fils, comme Champion, croit à une résection de la tête humérale; mais, en outre, estropie le nom de l'auteur, qu'il écrit Withe (*Mémoire sur la résection des articulations affectées de carie*, Paris, 1803 et 1816; édit. de 1816, p. 29).

Leveillé est du même avis, mais il ajoute à tort que le bras resta sans mouvement après la guérison. (*Nouv. doct. chir.*, 1812, t. II, p. 615.)

Roux pense aussi qu'il s'agit d'un cas de carie, mais donne bien l'indication bibliographique du cas (thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire, 1812, p. 32). C'est le premier qui mentionne la triade David, Vigarous et White. David apparaît alors parce que son fils, dans sa thèse inaugurale sur l'*Inutilité de l'amputation dans la plupart des maladies de la contiguïté des os*, Paris, an XI, n° 372, réclame pour son père la priorité de la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour carie. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Bientôt après les erreurs deviennent plus graves.

Dans un mémoire intitulé : *Nouveau procédé opératoire pour l'amputation du bras dans son articulation scapulo-humérale*, procédé applicable à la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus (Paris, 1815), Lisfranc et de Champesme décrivent le procédé suivant, sous le nom de procédé de White (p. 16) : « Incision longitudinale au voisinage de l'acromion, et s'étendant à la partie moyenne du bras; *section des tendons fixés à la tête de l'humérus; ouverture de la capsule; luxation de la tête de l'os. On détache ensuite les parties avec les précautions convenables pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs.* Quand toute l'étendue de la maladie a été mise à découvert, on passe derrière l'humérus une plaque de carton, puis on scie.

Ce procédé offre ordinairement trop de difficultés pour écarter les surfaces articulaires; il a cependant encore réussi à Vigarous. » Remarquons que White n'a pas dit un mot de ce qui est en italique, et que Vigarous n'a eu

aucune difficulté, et pour cause, à séparer les surfaces articulaires (1).

Ce travail, lu à l'Institut, classe des sciences physiques et mathématiques, le 21 novembre 1814, fut renvoyé à une commission composée de Deschamps et Percy, rapporteur, qui lut son rapport le 12 décembre de la même année.

Cette rapidité dans la rédaction de ce rapport, qui n'est plus de mode aujourd'hui (c'est la rapidité que je veux dire, et non la rédaction ni le rapport; on pourrait, etc.), cette rapidité, dis-je, nuisit un peu à l'exactitude des recherches bibliographiques. Après avoir rappelé les cas dans lesquels il avait enlevé la tête de l'humérus broyée par un projectile de guerre, Percy s'exprime ainsi (p. 63) :

« Quoi qu'il en soit, votre commissaire ne peut refuser à White, chirurgien des plus distingués à Manchester, l'aveu qu'il a été devancé par lui dans l'extraction de la tête et d'une portion de l'humérus affecté de carie et d'exostose (!!), en conservant le bras au lieu de l'*extirper*, selon l'usage meurtrier qui régnait de son temps, et qu'il importe tant à l'humanité d'*extirper* (!!) à son tour. Ce doit être (!!) en 1769 que White s'illustra par cette belle opération; mais si le chirurgien anglais mérite l'honneur de la priorité, le chirurgien français paraîtra sans doute louable d'avoir marché sur de telles traces et osé tenter la même entreprise. »

On se demande comment Percy, qui avait étudié la question une fois déjà quand il fit l'éloge de Sabatier, trois ans auparavant, mais mal, comme nous l'avons vu, n'ait pas songé

(1) Lisfranc a reproduit textuellement ce passage dans un mémoire sur des méthodes et des procédés nouveaux pour pratiquer l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale. (*Archives générales de médecine*, année 1823, t. II, p. 47.)

à rectifier un peu ses idées à ce sujet. On remarquera, comme la première fois, que c'est la question de priorité qui a surtout intéressé le baron Percy, et fort peu la question historique. On ne peut que le regretter.

Dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, Laurent, adjoint à Percy pour la rédaction de l'article Résection, ne changea rien à la manière de voir de son collaborateur, sauf l'orthographe du nom de l'auteur anglais, qu'il écrit Whytt (t. XLVII, p. 544 et 553), en quoi il eut tort.

Un autre baron, Richerand, prétend que la résection de la tête de l'humérus, d'abord conseillée par White, avait été ensuite exécutée par Bent (de Newcastle). (*Nos. et thér. chir.*, 5e édit., t. II, p. 370, 1821.)

Boyer, également baron, donne un assez long extrait de l'observation du chirurgien anglais, qu'il écrit Withe, comme Moreau fils, à cinq ou six reprises différentes, et ajoute un petit détail à la description originale : « Withe, dit-il, fit au bras une longue incision, depuis sa partie moyenne jusqu'à l'acromion ; il prit ensuite le coude du malade, et, le poussant de bas en haut... » Ce dernier membre de phrase est de trop. (*Traité des mal. chir.*, édit. Ph. Boyer, t. III, p. 1013. 1845.)

Velpeau, bien qu'il eût déclaré dans la préface de ses *Nouveaux éléments de médecine opératoire* qu'il avait consulté les sources, donne à chaque page la preuve du contraire.

Dans la première édition de cet ouvrage, il débute, dans son article sur la résection de l'épaule, par une erreur : « Dès l'année 1740, dit-il, un chirurgien de Pézenas, Thomas, fit connaître l'observation d'un sujet dont la tête de l'humérus nécrosée avait été extraite avec succès » (t. Ier, p. 566).

Comme lorsque l'observation fut communiquée à Vigarous, le sujet n'était mort que depuis quelques années, il en résulte que ce fait fut connu, non pas en 1740, mais quelques années seulement avant 1774, et encore ne fut-il publié qu'en 1788.

Autre erreur quelques lignes plus bas : « Quant à la résection dans les cas où la tête humérale est le siége d'une lésion organique qui en réclame l'ablation, elle a été pratiquée d'abord par White, David, *Vigouroux.* » — (Lisez : *Vigarous.*)

Troisième erreur, à la page suivante : « Saisissant le coude à pleine main, White s'en servit pour faire basculer l'humérus de bas en haut et forcer la tête à se luxer, à s'échapper au travers des parties molles. » Rappelons le texte : Ce n'est pas White qui a dit avoir fait basculer l'humérus de bas en haut, c'est Boyer; et encore Boyer n'a-t-il dit que pousser; Velpeau a cru devoir mettre basculer à la place : soit!

Quatrième erreur, page 568, dont nous avons déjà dit que le point de départ remontait à Sabatier.

« *Procédé de Bent.* — Après avoir tenté inutilement le procédé de White, Bent, qui l'un des premiers a pratiqué la résection de l'humérus, crut devoir détacher en dehors, du côté de l'acromion, puis en dedans de la clavicule et transversalement, les fibres du deltoïde, de manière à former une incision en T qui lui permît de disséquer deux lambeaux triangulaires, l'un externe, l'autre interne, et d'agir ensuite librement sur l'article. »

Dans la deuxième édition, *entièrement refondue*, c'est encore pis (t. II, p. 703). D'abord la première erreur s'y retrouve; puis, Velpeau ayant éprouvé cette fois le besoin de mettre des indications bibliographiques aux faits qu'il citait, donne exactement celle de White, passe celle de David, et

pour celle de Vigarous (qu'il écrit cette fois Vigaroux) renvoie au résumé donné par la Société médicale d'émulation.

Avant d'arriver à la troisième erreur de la première édition, nous tombons sur une autre : « Après la résection de l'extrémité supérieure du corps de l'humérus nécrosé, l'extraction de la tête disjointe de l'os devint nécessaire chez le malade de Vigarous, en 1767, de même que chez celui de White, en 1769. » Ici l'erreur est double, car on n'a pas fait l'extraction de la tête chez le malade de Vigarous, et, chez celui de White, ce n'est pas la tête qu'on enleva après l'opération, mais l'extrémité supérieure du tronçon de la diaphyse, laissé après la résection. Comme correctif, Velpeau donne à Vigarous son orthographe véritable et à son observation sa bonne indication bibliographique ; mais on ne s'explique pas pourquoi il ne l'a pas donnée plus haut, et pourquoi il donne maintenant au fait de White l'indication des *Transactions philosophiques*. Il signale encore la lettre de Vigarous père à Sabatier, et renvoie aux *Mémoires de l'Institut* (sciences physiques et mathématiques), mais sans volume, ni page, ni date.

A la page 706 de la deuxième édition, Velpeau cite encore David, et renvoie à *Inutilité de l'amputation*, etc. page 55, Paris, 1830. Je n'ai pu me procurer ce travail. Comme le titre est celui de la thèse de David fils, on peut supposer que 1830 est pour 1803, ou que c'est une autre édition du même travail, qui n'est d'ailleurs indiqué que dans Velpeau, et n'existe ni à la Bibliothèque nationale ni à celle de la Faculté de médecine.

Enfin la troisième et la quatrième erreurs de la première édition sont restées telles quelles dans la seconde (p. 707 et 709).

Nous retrouvons la triade White, David et Vigarous dans l'article Epaule du *Dictionnaire en 30 volumes* (t. XII,

p. 119), par J. Cloquet et A. Bérard, et dans l'article Résection du même recueil (t. XXVII, p. 409), par les mêmes auteurs.

Dans l'article Résection du *Dictionnaire en 15 volumes*, Blandin ne cite que White et Vigarous, mais en revanche il les cite mal : « Ils pratiquaient cette opération à l'aide d'une simple incision verticale faite à la partie externe du moignon de l'épaule, incision dont ils écartaient les lèvres pour désarticuler et faire saillir la tête de l'humérus au dehors » (p. 263). — Pour désarticuler! Mais ils n'ont rien désarticulé du tout, et ils ne prétendent même pas avoir désarticulé, notez bien.

Roche, Sanson, Lenoir, et Vidal (de Cassis) ne nous apprennent rien; mais il y a une jolie phrase de ce dernier qu'il faut citer : « Si l'on voulait aller à la source des détails relatifs *aux faits* d'extirpation de la tête de l'humérus opérée par White, et dont j'ai parlé, on trouverait encore là un cas de nécrose (*Traité de pathologie externe*, 5e édit., t. V, p. 604, 1861).

Mais qui donc a empêché Vidal de remonter à la source? Celui-là fut bien coupable, car Vidal aurait vu qu'il n'y avait pas *des faits*, mais un seul fait de résection.

Malle, qui s'est souvent inspiré de Velpeau pour rédiger son *Traité de médecine opératoire*, a abandonné son guide ordinaire pour cet article; mal lui en a pris. Il est bon d'ajouter qu'il n'a pas été plus heureux dans ses autres emprunts. Il décrit le procédé de White et Vigarous de la manière suivante : « Ils se bornaient à pratiquer une simple incision longitudinale, étendue de l'acromion à 14 centimètres de l'empreinte deltoïdienne; une fois les lèvres de la plaie écartées et l'articulation mise à découvert, ils incisaient la capsule, divisaient les muscles qui s'y insèrent, puis faisaient jail-

lir (*sic*) l'os au dehors et en opéraient la section avec la scie sur une lame de carton, de bois, ou une compresse, afin de ne pas intéresser les parties molles » (p. 246).

Il est facile de voir que Malle s'est contenté d'amalgamer les erreurs de Sabatier, Lisfranc, de Champesme et Blandin pour rédiger cette phrase, en y ajoutant la lame de bois et la compresse, dont aucun d'eux n'a parlé, pas plus, du reste, que White ni Vigarous. Comme si ce n'était pas assez, le compositeur a remplacé le « saillir », de Blandin par « jaillir », ce qui donne un peu plus de piquant à la phrase. Quant à l'indication bibliographique, j'ai à peine besoin de dire qu'elle est inexacte. Malle en donne même deux: *Cases in Surgery*, 1770, p. 56, ce qui est presque juste, puisqu'il ne faudrait changer que 56 en 57, — et *Transactions philosophiques*, t. XLIX, p. 39, 1769, ce qui est encore à côté de la vérité, car ce n'est pas t. XLIX, mais LIX qu'il faudrait. On doit donc blâmer fortement Malle d'avoir fait cette infidélité à Velpeau, qui, pour ces détails, était tombé à peu près juste.

Lisfranc, mis ainsi à contribution par Malle, lui rendit la pareille, mais avec de superbes additions, comme nous le verrons tout à l'heure.

Auparavant, il faut nous arrêter quelques instants sur le *Traité de médecine opératoire* de M. Sédillot. Nous y retrouvons, en effet, la reproduction presque textuelle du procédé de White, d'après Malle.

« White et Vigarous, qui furent des premiers à pratiquer la résection de la tête humérale, se contentèrent d'une simple incision longitudinale, étendue de l'acromion à 4 ou 5 pouces plus bas vers l'insertion deltoïdienne. Les lèvres de la plaie écartées, on aperçoit l'articulation, on incise la capsule, les

muscles, puis faisant saillir au dehors de la plaie l'extrémité osseuse, on en fait la section avec la scie. » (*Médecine opératoire*, 1re édit., p. 391, 1846.)

Malle disait 14 centimètres, M. Sédillot dit 4 à 5 pouces; les auteurs cités ne disaient ni l'un ni l'autre. M. Sédillot a remis saillir au lieu de jaillir. Là se bornèrent les modifications quant à la forme.

Dans sa seconde édition, M. Sédillot change les pouces en centimètres : il en met 12 ou 15 (1853, t. Ier, p. 498); dans celles de 1865 et 1870, il n'y en a plus que 12; mais cela importe peu.

M. Sédillot, satisfait probablement de son premier emprunt à Malle, lui en fit immédiatement un second. A propos du procédé de Bent, Malle en donne ainsi la description : « Ayant essayé en vain du procédé de White, Bent préfère pratiquer sur la partie supérieure de l'incision deltoïde (encore une faute d'impression) une incision transversale à l'aide de laquelle il obtient deux lambeaux triangulaires situés l'un en avant et l'autre en arrière de la première incision, et qui, une fois renversés, laissent largement l'articulation à découvert, ce qui lui permet d'enlever au besoin une partie du scapulum » (*id.*, p. 247, col. 1). Cette fois Malle était revenu à Velpeau. M. Sédillot répète : « Bent faisait tomber sur le sommet de l'incision de White une petite incision transversale, qui agrandissait supérieurement la plaie en produisant deux lambeaux triangulaires, l'un en avant et l'autre en arrière de la première incision. » (1re édit., p. 391; 2e édit., t. Ier, p. 498; 3e édit., t. Ier, p. 502, et 4e édit., t. Ier, p. 550.) M. Sédillot n'a rien changé sur ce point dans les éditions ultérieures de son ouvrage.

Nous arrivons à Lisfranc. Voyons d'abord ce qu'il dit de

nos auteurs, nous compterons les fautes ensuite : « Un praticien de Pézenas, Thomas, cita en 1740 un cas dans lequel la tête nécrosée de l'humérus avait été fort heureusement extraite » (*Précis de médecine opératoire*, t. II, p. 586, 1846). « La résection de la tête cariée de l'humérus fut proposée par Platner, White, Vigouroux, C. Petit, Moreau père et fils, David, Wurtzer, Textor, Brulatour, Bent, Syme, etc., l'ont pratiquée » (*id.*). Tout ceci est pris dans Velpeau.

« *Procédé de White.*—Incision parallèle à l'axe du membre; elle commence sur la partie moyenne de l'extrémité libre de l'acromion; elle s'étend suivant le volume du membre, à 12 ou 15 centimètres (4 ou 5 pouces) plus bas : section des tendons fixés à la tête de l'humérus; ouverture de la capsule; luxation de la tête de l'os; on le dénude avec les précautions convenables pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs; lorsque toute l'étendue de la maladie a été mise à découvert, on passe derrière lui une plaque de carton; puis on emploie la scie » (*id.*, p. 587).

Lisfranc donne ensuite la description du procédé de Bent d'après Sabatier, Velpeau et Sédillot, et ajoute : « Les auteurs que je viens de citer ne décrivent pas de la même manière le mode opératoire de Bent; quand on veut faire de la bonne érudition, il faut recourir à la source » (*id.*, p. 588). Et Lisfranc donne *en anglais* le passage de Bent, avec la traduction en français, et comme indication bibliographique : *Transactions philosophiques*, t. LXIV, p. 774.

Première erreur. — Comme Velpeau, Lisfranc dit que Thomas a cité son cas en 1740.

Deuxième erreur.—Comme Velpeau (1re édition), Lisfranc écrit Vigouroux, ce qui est impardonnable, puisque Velpeau avait corrigé cette faute dans sa seconde édition.

Troisième erreur, la plus énorme de toutes. — Lisfranc amalgame à son tour Malle et Sédillot (ce qui est bien fait), et donne du procédé de White une description encore plus fantaisiste que celle de ses guides.

Quatrième erreur. — Pour être allé à la bonne source, Lisfranc n'en donne pas moins une indication inexacte, peut-être par défaut d'habitude. L'observation de Bent se trouve bien dans le tome LXIV des *Transactions philosophiques*, mais non à la page 774. Ce nombre représente l'année de la publication du volume, qui est 1774; quant à celui de la page, c'est 353.

Cette traduction du passage de Bent permet à Lisfranc de faire remarquer que celui-ci n'a pas mis en pratique le procédé de White. Sa première incision était beaucoup plus en dedans que celle de White; il l'a faite ainsi pour utiliser un trajet fistuleux préexistant, et non pour imiter son prédécesseur; sa seconde incision ne faisait pas avec la première deux lambeaux triangulaires, car pour cela il aurait fallu la prolonger en dedans, ce qui était tout à fait inutile pour découvrir la tête de l'humérus, mais elle partait de l'extrémité supérieure de la première et se dirigeait en dehors pour faire une sorte de lambeau en V ouvert en dehors.

A coup sûr, je surprendrai bien des personnes en disant que Malgaigne n'a pas évité ces erreurs dans la description du manuel opératoire de White. Et cependant rien n'est plus vrai.

Dans la cinquième édition de son *Manuel de médecine opératoire*, Malgaigne ne fait aucune mention de White, David, Vigarous. Il est à supposer qu'il en a été de même dans les éditions antérieures, que je n'ai pas consultées.

Dans la septième (1861, p. 236), il parle du « *procédé de White*. — Il commença son incision immédiatement au-des-

sous de l'acromion, et la fit descendre verticalement jusqu'au milieu de l'humérus. La capsule divisée, en saisissant le coude du patient, il fit très facilement sortir la tête humérale à travers la plaie, passa une lame de carton entre les téguments et l'os, et scia celui-ci avec une scie ordinaire. »

La huitième édition, par M. Le Fort, reproduit textuellement cette phrase (1874, 1re partie, p. 443).

« La capsule divisée » est indigne de Malgaigne et de M. Le Fort, passés maîtres tous deux en érudition.

Ce qui me surprend le plus, c'est que Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, p. 313, cite et résume correctement l'observation de White, résection de l'humérus pour pseudarthrose (*Cases in Surgery*, p. 69 et 79). Comment, s'il a lu la seconde observation, n'a-t-il pas eu la curiosité de lire la première? Il y a comme cela, dans la vie, une foule de questions auxquelles on ne peut répondre : il faut en prendre sagement son parti.

Nous trouvons dans la *Gazette hebdomadaire* de 1857 et 1858 une revue critique sur la résection des articulations, dans laquelle se trouve l'histoire de la question, faite d'après des documents qu'indique l'auteur anonyme en tête de ce travail. Il est facile de voir que l'écrivain n'a pas vérifié les faits dont il parle.

« En 1768, M. Charles White (de Manchester) enleva la tête de l'humérus pour une maladie destructive aiguë de l'articulation de l'épaule; quatre mois après, ce malade, à la surprise du chirurgien, avait recouvré, dans une grande mesure, les mouvements de l'articulation de l'épaule » (*Gaz. hebd.*, 18 décembre 1857, p. 893, col. 1). — Et plus loin : « La résection de l'articulation de l'épaule a été pratiquée pour la première fois par M. Charles White (de Manchester).

Ce chirurgien enleva, en 1768, la tête de l'humérus d'un enfant pour une nécrose aiguë, avec destruction de l'articulation. Il adopta une incision longitudinale s'étendant depuis l'acromion jusqu'au milieu du bras. A travers cette ouverture on fit saillir la tête de l'os, qui était dénudée et nécrosée, et on l'enleva au moyen d'une scie; le bras fut alors maintenu appliqué au côté au moyen d'un bandage; les suites furent heureuses, bien que, pendant la convalescence, un fragment assez considérable d'os nécrosé se fût détaché de l'extrémité humérale, qui avait été sciée, etc. » (*id.*, p. 894, col. 2).

Dans le numéro du 5 février 1858, je trouve encore : « Cette opération hardie et hasardeuse (la résection de la hanche) a été recommandée pour la première fois par M. Charles White (de Manchester) en 1769 ». — Et comme indication bibliographique, au premier extrait : *Cases in Surgery*, vol. I; au deuxième : *Cases of Surgery*, in *Phil. Transact.*, vol. XIX; rien au troisième. Or, tout se trouve dans l'observation que nous avons rapportée au commencement de cette histoire, c'est-à-dire dans *Cases in Surgery;* il était donc inutile de donner la seconde indication, qui est absolument inexacte, car les *Cases in Surgery* n'ont jamais paru dans les *Philos. Trans.* C'est le titre du livre de White, et, d'autre part, l'observation n'est pas dans le volume XIX, mais LIX. Une faute plus grave, c'est de prétendre que White avait maintenu le bras appliqué au côté au moyen d'un bandage, alors que cet auteur déclare, au contraire, avoir dû le retour des mouvements à ce qu'il n'a pas immobilisé le membre.

M. Péan, dans sa thèse sur *la scapulalgie*, Paris, 1860, cite à plusieurs reprises l'observation de White; mais il est facile de voir qu'il n'a lu ni l'original, ni la traduction : d'après lui, l'abcès aurait disséqué le biceps et se serait ou-

vert au milieu de la face interne du bras (p. 15); le malade aurait guéri au cinquième mois, alors que tout le monde a dit quatre mois (p. 47); l'incision, de 4 ou 5 pouces, aurait pénétré jusqu'à l'articulation (p. 69); l'auteur aurait conseillé d'ouvrir l'articulation et de scier le tissu osseux au-dessous de la partie altérée, en ayant soin de protéger les parties molles par l'interposition d'une plaque de bois, d'ivoire ou de carton (p. 87). Tout cela est de pure invention. Et cependant les indications bibliographiques paraissent exactes, sauf toutefois un petit bout d'oreille qui dévoile l'erreur : il y a partout *Cases* of *Surgery* au lieu de *Cases* in *Surgery*.

Chassaignac a cité également de confiance, sans remonter à la source : une première fois dans son ouvrage sur les *opérations chirurgicales* (t. I, p. 605), et une deuxième fois dans sa communication à l'Académie : *Sur les origines des résections sous-périostées* (1872). Dans le premier cas, il dit que White a fait, dès 1760, une opération distincte de la résection des articulations, alors qu'il ne s'agit à cette date que de la résection pour pseudarthrose; dans le second, il reproche à M. Ollier d'être injuste envers White. Combien son argumentation aurait gagné, s'il eût connu la véritable observation, ainsi que les travaux de Vigarous et de David!

En Allemagne, la priorité est encore, en général, attribuée à White; mais les auteurs font intervenir un nouveau nom, celui de Lentin.

Jäger, dans son article Decapitatio du *Dictionnaire de chirurgie* de Rust, rappelle les faits de Thomas, de David, de Vigarous, donne à ce dernier comme indication bibliographique : *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1774, mais ne les cite évidemment que d'après les *Œuvres de chirurgie pratique*, par Vigarous fils, de 1812. Il dit que White a fait

le premier la décapitation de l'humérus en 1767 ou 1768, et donne trois indications bibliographiques : 1° *Philos. Trans.*, vol. LIV, pour l'année 1769, art. 6, p. 33; 2° *Cases of Surgery*, t. I; 3° *Richter's chirurg. Bibl.*, Bd I, Stck. 3, S. 80. Les deux premières étant erronées, Jäger n'a donc cité que d'après la troisième.

D'après lui, Lentin aurait fait en 1771 l'ablation de l'extrémité supérieure de l'humérus chez un garçon de quatorze ans, qui aurait guéri avec une ankylose de l'épaule. Il renvoie à : *Med. chir. Bemerkungen*, et à Böttcher, *Abhandl. von den Krankh. d. Knocken*, Th. III, S. 198. Ce n'est donc encore qu'une indication de seconde main (Rust, *Theor. prakt. Handbuch der Chirurgie*, Bd. V, p. 608-609, 1831).

Pigné, dans sa traduction de Chélius, dit que Vigarous, David et White sont les premiers qui pratiquèrent, et presque à la même époque, la résection de la tête de l'*omoplate* (*Traité de chirurgie*, t. II, p. 516, n° 2563, 1836). Comme il y a « *Schulterkopfes* » dans le texte, ce n'est évidemment qu'une faute d'inattention de la part du traducteur. Plus loin, page 522, n° 2574, Chélius décrit le procédé opératoire de White d'après Moreau (thèse de Paris, an XI, p. 79). Il ne parle pas de Lentin.

Textor, au contraire, ne parle que de lui, bien qu'il l'appelle Lextin. « Depuis que Lextin, en 1771, fit, pour la première fois avec succès, la résection de la tête de l'humérus, cette opération a été négligée pendant cinquante ans » (*Gaz. méd. de Paris*, 1843, p. 184). Il faut que Textor ait complètement ignoré ce qui s'était fait en chirurgie civile et militaire depuis 1771 pour avoir écrit cette phrase, car, d'après Velpeau, les faits de ce genre atteignaient alors le nombre de 50 à 100.

Günther, beaucoup mieux renseigné, donne une analyse très exacte du fait de White, et ajoute que Lentin aurait fait la même opération en 1771. Malheureusement il ne donne pas d'indication bibliographique (*Lehre von den Blut. Oper.*, 3 Abth., XIII Abschn., p. 135, obs. 9, 1857).

Heyfelder paraît s'être fortement inspiré de Jäger pour rédiger son livre, car ses citations sont les mêmes (1).

Nous retrouvons là Thomas, Vigarous, White, mais pas David. Lentin n'est encore cité que d'après Böttcher.

Enfin Gurlt, qui, dans son livre important sur les résections articulaires (2), fait des résections un historique magistral, cite correctement Thomas, White, Vigarous, mais passe sous silence David, et ne cite encore Lentin que d'après Böttcher. L'indication toutefois est un peu différente de celle de Jäger : Même ouvrage, 3e Th., 2e Hälft. 1793, S. 189, Beob. 3.

Bien que nous n'ayons pas pu consulter non plus les *Med. und chir. Bemerkungen* de Lentin, il est très probable, d'après les détails étendus donnés sur l'observation par Gurtl, qu'il s'agissait encore là d'un cas d'ostéo-périostite terminée par la nécrose d'une grande partie de la diaphyse, comme dans les cas de Thomas, White et Vigarous.

D'après la version de Lentin par Gurlt (p. 7, en note) ou plutôt par Böttcher, la maladie commença par une tuméfaction phlegmoneuse située à 3 pouces du coude, à la face externe du bras. Au bout d'un mois on sentait par les incisions l'os carié; au bout de deux mois on fit l'extraction de toute la partie nécrosée, qui comprenait la tête supérieure de l'os et s'étendait jusqu'à 2 pouces du coude. L'ankylose consécutive de

(1) *Traité des résections*, trad. par Bœckel, Paris, 1863.
(2) *Die Gelenk-Resectionen nach Schussverletzungen*, Berlin, 1879.

l'épaule indique que l'articulation a plus ou moins participé à la maladie; mais ce n'est pas encore là un cas de résection pour carie, comme dans les cas de Bent et d'Orred.

L'opération a été faite par Lorentz, chirurgien militaire, et Lentin.

Nous avons montré jusqu'alors que White et Vigarous n'avaient fait que des résections de séquestres de la diaphyse humérale; examinons maintenant les titres de David à la priorité. Je dois avouer avant tout qu'il m'a été impossible de trouver l'observation originale; mais j'ajoute, comme excuse valable, qu'il est fort probable qu'elle n'existe pas, et fort certain qu'elle n'a pas été publiée.

D'abord elle n'est mentionnée dans aucun des travaux de David où il parle de la nécrose, des extirpations de séquestres et de la régénération des os : dans son *Traité de la nutrition et de l'accroissement*, Paris, 1771, au chapitre intitulé : « Méchanisme de l'ossification et de l'accroissement des os » (p. 194); dans son mémoire *sur les contre-coups;* — dans sa *Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales*, Paris, 1779, in-12; — enfin dans ses *Observations sur une maladie d'os connue sous le nom de nécrose*, Paris, 1782, in-8°. Ces observations portaient « sur l'extrait d'un mémoire pour les pauvres malades de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse, sur la prétendue régénération, publié par M. Brun, maître en chirurgie, et ancien professeur d'anatomie aux écoles de chirurgie de cette ville ».

Dans ses travaux antérieurs, David avait avancé que l'os extrait pouvait se régénérer. Brun prétendit qu'il s'était trompé, ce qui lui valut une savante réponse de son adversaire. Dans ce petit opuscule de 28 pages, David, à la page 8, dit

avoir extrait des portions très longues d'humérus, de cubitus, de tibia, de fémur même, formant le cylindre complet de chacun de ces os; dans le cours du travail, il cite d'autres faits, mais ne parle nullement de résection de la tête humérale.

En 1798, Laumonier, successeur de David à l'Hôtel-Dieu de Rouen, donna une nouvelle édition de ce mémoire sans y rien changer, y ajouta à la suite une observation personnelle, mais ne fait pas allusion à la première résection de l'épaule.

Troja, en 1775, fait paraître son livre sur la régénération des os; il parle de divers auteurs, de faits qui auraient été communiqués à l'Académie de chirurgie, mais ne prononce pas le nom de David (*De novorum ossium... regeneratione*, Lut. Paris, 1775, in-12).

Dans ses *Opuscules sur la régénération des os*, Vigarous rapporte un grand nombre d'observations. Il mentionne seulement les travaux de David en ces termes : « La nature commence la réparation dans le périoste même, et sans attendre l'extraction des pièces cariées. Nombre d'observations constatent ce fait, et notamment celles de M. David, qui a vu plusieurs fois cette membrane ossifiée d'une épaisseur considérable, et contenant dans son canal l'os ancien absolument détruit par la carie » (1788, p. 36).

Il est évident que si les Vigarous avaient eu connaissance du fait attribué à David, ils ne l'auraient pas passé sous silence, car ils se sont livrés à des recherches étendues, sinon le père, du moins le fils, pour rédiger cet ouvrage.

Louis, dans son éloge de David, parle des communications de ce chirurgien à l'Académie de chirurgie, mentionne ses faits de résection des côtes pour carie, mais non la fameuse résection scapulo-humérale (*Eloges de Louis*, recueillis par Fréd. Dubois (d'Amiens), 1859, p. 352).

Sabatier, en sa qualité de commissaire des correspondances de l'Académie de chirurgie, aurait dû se souvenir de cette observation, puisque vingt ans plus tard la communication de Vigarous était encore présente à sa mémoire, et cependant il ne mentionne même pas le nom de David.

Cette omission est d'autant plus importante que David le fils prétend que l'observation de son père fut connue dans toutes les provinces par la correspondance de l'Académie de chirurgie.

En parlant de son père, il dit : « La carie fixa aussi son attention, et il démontra, dans ses cours, qu'il était possible de scier les os partiellement dans leur contiguité. Un malade se présenta dans son hôpital ayant plusieurs fistules à la partie supérieure du bras, qui communiquaient dans la cavité articulaire. En explorant avec le stylet, il reconnut que la tête de l'humérus était cariée ; il incisa entre les deux fistules, fit sortir la tête de l'os, la réséqua et la replaça dans sa cavité. [En note : Il m'a été impossible de trouver dans les papiers de mon père cette importante observation ; elle est trop connue pour être révoquée en doute.] Cette opération hardie fut connue dans toutes les provinces par la correspondance de l'Académie de chirurgie.

» Les Anglais, étonnés de la hardiesse de l'opérateur, tentèrent cette opération sur un jeune homme écrouelleux âgé de quatorze ans, dont la tête de l'humérus était cariée ; il fut guéri, d'après le rapport de With (*sic*), en quatre mois. »

Si les Anglais avaient dû s'étonner de quelque chose, c'eût été du pitoyable français de David, en admettant qu'ils le comprissent, et de son ignorance de l'observation de White et de l'orthographe de son nom. Quant à la hardiesse de l'opérateur, il est facile de démontrer, d'après les dates, que

White ne la connaissait pas lorsqu'il opéra son jeune écrouelleux.

En effet, dans une note de la page 27 de son opuscule de 1782 *sur la nécrose*, David père s'exprime ainsi : « Depuis plus de douze ans que j'ai communiqué à l'Académie royale de chirurgie mes premières observations sur ce sujet, je tiens inutilement le même langage. »

Douze ans avant 1782, on était en 1770; admettons que « *plus de douze ans* » nous amène en 1768, et que la première observation de David ait été justement celle de la résection de l'épaule, White, qui a opéré le 14 avril 1768, aurait encore eu le droit d'ignorer la communication de David. Mais comment admettre que David ait passé sous silence cette opération si hardie dans ses travaux postérieurs? Comment Troja, Robert, Lassus, Sabatier, chargés de la correspondance de l'Académie, tous contemporains de ces expériences, n'ont-ils pas été, comme les Anglais, étonnés de la hardiesse de David, et n'ont-ils pas mentionné le fait dans leurs écrits?

Je crains bien que David fils ait commis une erreur de fait, et qu'il ait attribué à son père une opération pratiquée par son grand-père Le Cat, prédécesseur de David à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

En effet, nous lisons dans une lettre à M. D***, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, par M. Le Cat, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, etc., insérée dans le *Journal de Vandermonde*, 1761, t. XIV, p. 257, en *P. S.*, p. 262 :

« Vous serez peut-être bien aise d'apprendre, monsieur, que j'ai fait, ce printemps, l'extraction totale d'une portion cariée de l'humérus, de 3 pouces 10 lignes de long, contre son articulation supérieure, et qu'en moins de six mois cette

portion de l'humérus s'est régénérée au point que le sujet, qui est François Romain, invalide à Dieppe, se sert de son bras pour tous ses usages ordinaires. »

Le Cat ne dit pas que le mal pénétrât dans la jointure; mais c'était probablement un cas analogue à ceux de Thomas, de Vigarous et de White, car le bras était privé de tous ses mouvements, et on pensa un moment que le seul remède était la désarticulation de l'épaule.

Ce fait, White le connaissait bien, car il avait été inséré *in extenso* dans les *Transactions philosophiques*, et, il le dit lui-même, dans une note de la page 62 de ses *Cases in Surgery :* « Après l'extraction de 3 pouces 10 lignes de l'os humérus, M. Le Cat fit usage d'une machine pour maintenir les fragments supérieur et inférieur de l'os à leur distance respective. Il a donné une description du cas et une figure de l'appareil dans le volume LVI des *Phil. Trans.*, p. 270. » Ce qui est vrai (1).

Je ne pense pas que David père ait même assisté à l'opération de Le Cat, car il ne fut reçu maître en chirurgie qu'en 1764, et il est probable qu'à cette époque David n'était pas encore allé à Rouen.

Un autre argument en faveur de ma thèse, c'est que l'observation de David père n'a été citée qu'après la publication du travail de son fils, et que tous ceux qui l'ont mentionnée renvoient, quand ils donnent une indication, à ce travail. Sans la phrase de David fils, toute cette polémique n'aurait pas eu lieu, et tout le monde y eût gagné.

Donc, jusqu'à preuve du contraire, je reste persuadé que l'observation de David est apocryphe; une seule personne

(1) Le fait a été reproduit dans l'édition abrégée, t. XII, p. 349.

peut me donner cette preuve, c'est notre laborieux confrère, M. le docteur Dureau, qui depuis plusieurs années s'efforce de mettre en ordre les archives de l'ancienne Académie de chirurgie. « Il y a là des trésors! » nous disait-il un jour. Faisons des vœux pour qu'il les produise bientôt à la lumière!

Arrivé à ce point de notre étude, nous avons été véritablement effrayé du nombre considérable des notes prises, des erreurs relevées, et de la liste encore longue d'ouvrages qui nous restaient à consulter. Nous avons cru qu'il nous serait permis d'en rester là. A quoi bon, en effet, troubler sur leurs rayons les volumes qui y dorment si tranquillement, pour les forcer à étaler au grand jour leurs taches, témoignages de l'incurie de leurs auteurs? Anglais, Allemands, Français, tous semblent avoir obéi à un mot d'ordre pour défigurer comme à plaisir ces malheureuses observations.

Il ne nous reste plus maintenant qu'un triste devoir à remplir : « David, Vigarous, White (on peut les ranger par ordre alphabétique, la date n'y faisant plus rien), vous vous êtes disputé la priorité pour la résection de l'épaule : Vigarous et White, vos titres sont faux! David, vos titres sont nuls! La cour vous prie de faire place à d'autres, et vous renvoie dos à dos. » Tel est mon arrêt. David peut en appeler, si M. Dureau veut bien lui servir d'avocat.

Quant à la priorité, elle reste, par élimination, à Bent, chirurgien de Newcastle.

HISTOIRE

D'UNE

OBSERVATION DE CHOPART

PERDUE DEPUIS UN SIÈCLE (1)

> « L'histoire signale les écueils semes en si grand nombre sur la route de l'observateur ; elle met sous nos yeux le spectacle des erreurs commises par nos devanciers, et nous apprend par là même à les éviter. »
>
> P. BROCA.

J'ai dit en commençant que j'étais quelquefois arrivé à retrouver une source, sans autre guide qu'une indication erronée. Je vais raconter comment j'y suis parvenu une fois avec des indications très vagues. Peut-être y trouverons-nous matière à quelques préceptes généraux qui nous serviront plus tard.

Pendant les vacances dernières, je rencontrai un jour un de nos jeunes agrégés les plus érudits, M. le docteur Ch. Monod qui, sachant combien je suis heureux d'avoir des sujets de recherches bibliographiques, m'en apportait un.

« Vous qui retrouvez si bien les observations perdues, me dit-il, trouvez-moi donc celle de Chopart où il est question

(1) Voyez l'*Union médicale*, 1879, p. 749, 769, 793.

d'un testicule retenu dans le canal inguinal devenu cancéreux, et dont l'ablation a été faite par la ligature en masse du cordon. Tout le monde en parle, mais personne ne dit où Chopart l'a insérée. J'en ai lu un assez long extrait dans Boyer, sans indication bibliographique, et tous les auteurs qui suivent, citent Chopart tout court ou renvoient à Boyer... »

Sur ces données assez vagues, je commençai mes recherches, comme tant d'autres à cette époque partent pour la chasse, à l'aventure, sachant qu'il y a du gibier en plaine, sans connaître l'endroit précis où il se cache, mais bien déterminés à le trouver.

Si j'use de l'hospitalité que veut bien me donner ce journal pour raconter mes pérégrinations à travers une certaine partie de la littérature médicale depuis 1780 jusqu'à 1879, ce n'est pas pour. . . . . Mais peu importe pourquoi ce n'est pas; mieux vaut dire pourquoi c'est. Donc, c'est pour montrer aux chercheurs d'observations perdues, aux redresseurs d'indications bibliographiques déformées, que cette tâche n'est pas impossible, quoique difficile, et leur indiquer la marche à suivre en pareil cas.

M. Monod m'ayant prévenu que Boyer avait parlé de la susdite opération, je voulus lire d'abord ce qu'il en avait dit, et voici ce que j'ai trouvé :

« Dans un cas de cette espèce, Chopart, après avoir découvert entièrement la tumeur par l'incision et la dissection des téguments, plaça autour de sa base un ruban de fil ciré, auquel il fit un double nœud qu'il serra par degrés jusqu'à ce que le malade se plaignît de douleur. Cette ligature excita une grande irritation, fit naître des souffrances très vives, une fièvre violente et de la difficulté d'uriner. Sept jours après l'opération, Chopart retrancha toute la portion morte de la

tumeur dont le centre était chaud, rouge et douloureux, et il plaça une seconde ligature qui donna lieu aux mêmes accidents que la première. Le douzième jour, après la chute de quelques portions mortes de la tumeur, il resta un pédicule rouge vivant; les ligatures étaient lâches; Chopart en mit une autre qui fut plus serrée et qui causa une mauvaise nuit, des dardements dans l'aine, des douleurs dans le bassin et vers le sacrum. Le lendemain, état favorable du malade. Le quatorzième jour, nuls accidents; le quinzième, nouvelle astriction de la ligature, parce que le pédicule conservait encore de la vie. Le seizième et le dix-septième, suppuration louable qui continua sans accidents. Le vingt et unième, chute du pédicule; la cicatrisation commence et est achevée le quarante-deuxième jour.

» Deux ans après l'opération, le malade ressentit des douleurs profondes et lancinantes dans la région des reins; il eut de la fièvre lente et tomba dans le marasme. On sentait, en lui palpant l'abdomen, une tumeur de la grosseur du poing, dure, et dirigée transversalement sur les vertèbres lombaires. Il mourut peu de mois après, représentant un squelette recouvert de la peau. On ne permit point l'ouverture de son corps. » (*Traité des mat. chir.*, t. X, p. 279, 1825.)

Pas la moindre indication bibliographique, ni avant ni après.

L'édition de Philippe Boyer, la cinquième, de 1849, garde le même silence (t. VI, p. 736).

Et cependant Boyer a l'air de citer textuellement, si l'on en croit les guillemets qui limitent un passage de la page 737.

Je remonte quelques pages, mais n'y voyant aucun *loc. cit.* qui m'encourage à aller plus loin, je quitte Boyer.

Je consulte alors l'article du *Dictionnaire historique de*

la médecine consacré à Chopart, pour y prendre le titre des travaux de ce chirurgien; mais voyant que cet article a été fait d'après celui de Sue, je m'adresse de préférence au travail de ce dernier (1).

Dans sa notice historique sur Chopart, Sue donne de ses ouvrages la liste suivante :

Essai sur les loupes, dans les *Prix de l'Académie de chirurgie*, t. IV, première partie.

Mémoire sur les contre-coups dans les lésions de la tête, même recueil. Chopart fit de ce mémoire le sujet de sa thèse; il n'eut qu'à la mettre en latin : *De læsionibus capitis per ictus repercussos*. Paris, 1770.

De uteri prolapsu. Paris, 1772, in-4°.

Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 1780, in-8°; 2 vol.

Ibid., an IV; in-8°, 2 vol., avec l'éloge de Desault par Bichat.

Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1791, in-8°; 2 vol.

Ibid. Paris, 1821, in-8°; 2 vol., avec des notes et un mémoire *Sur la pierre de la vessie et sur la lithotritie*, par E. H. Félix Pascal.

Plus, diverses observations, et plusieurs thèses soutenues sous sa présidence au Collège de chirurgie.

Dezeimeris s'étant servi de cette notice pour rédiger son article CHOPART, dans le *Diction. hist. de la méd.*, nous n'y avons donc rien trouvé de plus, et, par conséquent, aucun renseignement sur l'observation cherchée.

De tous les travaux de Chopart énumérés ci-dessus, deux

(1) Pierre Sue, *Notice historique sur François Chopart*, séance publique de la Faculté, 23 novembre 1812.

seulement pouvaient nous servir dans nos investigations : le *Traité des maladies chirurgicales* et le *Traité des maladies des voies urinaires*. Ce dernier, consacré plus particulièrement à des organes qui touchaient de près le testicule, attira tout d'abord notre attention. Mais la simple inspection de la table des matières, assez détaillée d'ailleurs, nous fit fermer l'ouvrage; il s'agissait bien des maladies des reins, des uretères, de la vessie et de l'urèthre, mais il n'était fait aucune mention du testicule, ni dans l'édition de 1791, ni dans celle de 1821.

Le *Traité des maladies chirurgicales*, fait en collaboration par Chopart et Desault, ne renferme pas de chapitre spécial sur le sarcocèle du testicule ni sur la castration. D'ailleurs, dès la première page du livre, nous savions que l'objet de nos recherches ne s'y trouvait pas. En effet, dans le tome premier, au commencement de l'*Avertissement*, les auteurs ont dit : « On n'y lira point d'observations; nous nous sommes réservés (*sic*) de les rapporter de vive voix en développant les préceptes. On n'y trouvera ni citations ni remarques historiques et critiques. »

La plupart des auteurs mettant habituellement les titres de leurs travaux principaux sur la couverture ou sur la seconde page, nous avons espéré un moment trouver là quelque indice, mais Chopart avait négligé, et pour cause, de remplir cette formalité à l'égard de sa fameuse observation.

Peut-être, avons-nous pensé alors, celle-ci aura-t-elle été recueillie par un des élèves qui assistaient aux cours de Chopart, et se trouve-t-elle dans l'une des thèses soutenues sous sa présidence au Collège de chirurgie. Nouvelles recherches, aussi vaines que les précédentes. Une seule thèse, présentée par Sorbier le 15 juillet 1752, avait quelque rap-

port avec notre sujet; elle a pour titre : *De testium amputatione;* mais Chopart n'ayant été reçu docteur qu'en 1770, n'avait pu la présider (1).

Donc les *gros livres* de Chopart restaient muets sur ce testicule ectopié et cancéreux. Comme conséquence, on devait forcément supposer que l'observation avait été publiée dans un des recueils de l'époque. Avant de m'engager dans cette nouvelle voie, je voulus parcourir encore les œuvres du collaborateur de Chopart, Desault, recueillies par Bichat, mais je ne réussis qu'à perdre un bon quart d'heure de mon temps.

Le journal de Vandermonde, celui de Desault, les Mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie, le recueil des Prix de cette compagnie, les *Bulletins de la Société royale de médecine* furent donc feuilletés; mais malgré toute ma patience et toute ma persévérance, je n'en pus tirer que beaucoup de poussière. Ce fut en vain également que je parcourus de même les traités de pathologie chirurgicale ou de médecine opératoire de Lassus, Sabatier, Richerand, Léveillé, Roux, Roche et Sanson, Vidal (de Cassis), Nélaton, Sédillot, la clinique de Larrey, de Dupuytren, de Lisfranc, je n'y trouvai aucune trace de mon lièvre.

Malgaigne, l'érudit par excellence, paraît avoir eu connaissance de l'observation de Chopart entre la quatrième et la cinquième édition de son *Manuel de médecine opératoire*

(1) En disant que Chopart a été reçu docteur, j'ai commis une erreur dont je ne me suis aperçu qu'après la publication de ce travail dans l'*Union médicale ;* je dois donc, en la corrigeant, expliquer comment elle est née. Chopart a soutenu la thèse dont il s'agit pour obtenir le titre de maître en chirurgie. Mais, plus préoccupé du fond de la question que du titre professionnel de Chopart, mon cerveau, voyant *thèse*, a émis *docteur*. Ce mot est ainsi venu sous ma plume, et, pour la même raison, est resté sur les épreuves.

En effet, il dit dans la première : « Plusieurs chirurgiens préfèrent la ligature du cordon en masse, comme plus sûre et plus facile à la fois; les autres ne la rejettent qu'en lui attribuant des accidents graves qui, toutefois, ne sont pas suffisamment constatés. Elle paraît donc devoir obtenir la préférence » (1834, p. 627).

La version de la seconde édition (1837, p. 612) et celle de la quatrième (1843, p. 615) ne sont que la reproduction de la précédente. Mais, dans la cinquième (1849, p. 569), la première phrase seule est restée, la seconde a changé, comme l'opinion de Malgaigne à l'égard de la ligature du cordon.

« Plusieurs chirurgiens préfèrent la ligature du cordon en masse, comme plus sûre et plus facile à la fois; les autres ne la rejettent qu'en lui attribuant des accidents graves qui, toutefois, ne sont pas suffisamment constatés. Seulement cette ligature est fort longue à tomber et retarde d'autant la cicatrisation de la plaie. »

On a vu, en effet, dans la citation de Boyer que nous avons donnée plus haut, que la ligature, serrée à plusieurs reprises, n'est tombée que le vingt-unième jour, et que la cicatrisation n'était complète que le quarante-deuxième. Mais est-ce à la lecture du passage de Boyer ou à son observation personnelle que Malgaigne dut de changer d'avis sur cette pratique? Je ne sais.

La septième édition du *Manuel de médecine opératoire*, 1861, p. 665, reproduit presque textuellement les lignes précédentes.

La huitième édition, revue par M. Le Fort (1877, 2e vol., p. 474), donne mot à mot le passage de la septième. Aucune d'elles d'ailleurs ne prononce le nom de Chopart.

M. Alphonse Guérin, partisan de la ligature en masse pro-

visoire, n'en parle pas davantage (*Éléments de chirurgie opératoire*, 5ᵉ édit., 1874, p. 591).

Cette longue chasse infructueuse commençait à me lasser.

Velpeau, dont la mémoire prodigieuse le servit si admirablement dans la rédaction de ses livres, car ils fourmillent d'indications bibliographiques, ce qui était une rareté à son époque, Velpeau, dis-je, jugea, du haut du ciel ou du fond de sa tombe, comme on voudra, qu'il fallait m'envoyer quelque encouragement.

En effet, un des habitués de la bibliothèque, qui depuis un certain temps avait emprunté le quatrième volume des *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, vint le rapporter. Je cherchai dans ce volume ce que Velpeau disait de la castration, et voici ce que je trouvai à la page 318 (2ᵉ édition, 1839) :

« Il (le testicule ectopié) peut passer à l'état de sarcocèle, ainsi que Chopart, Boyer et M. Rheinlender, d'après Robert, en citent des exemples. »

Et il donne comme indication bibliographique à Robert : *Journal des Progrès*, t. XIII, p. 125. Je courus donc au tome XIII de ce recueil, où je trouvai, à la page 124, un travail intitulé : *Des maladies du testicule non descendu dans le scrotum et des opérations qu'elles nécessitent*, par P. Robert.

Là une nouvelle déception m'attendait. A la page 154 seulement, Robert cite le fait de Chopart en cinq lignes, sans indication bibliographique, puis il y revient à la page 158, et donne comme indication : Boyer, *loc. cit.*, c'est-à-dire d'après une note de la page 155, *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 279. Je n'étais pas plus avancé qu'avant.

Velpeau, si moqueur de son vivant, a dû trouver très plaisant de me jouer ce vilain tour après sa mort. Du haut du ciel, il doit être content.

Cette déception portait cependant avec elle un enseignement précieux, à savoir, que l'érudition de Velpeau n'est pas de bon aloi. J'ai déjà dit plus haut que ce chirurgien avait une mémoire prodigieuse. Je tiens de plusieurs personnes qui l'ont approché de près et qui avaient qualité pour le bien juger, qu'il devait à cette immense mémoire une grande partie de sa renommée comme chirurgien, et que bien souvent elle lui a tenu lieu de ce grand sens chirurgical que tout le monde reconnaissait à son heureux rival Nélaton. On conçoit, en effet, que les faits lus ou observés par Velpeau restant présents à son esprit, il ait pu, à un moment donné, comparer tel fait actuel à tel autre de date ancienne, et diriger sa conduite d'après ce qu'il avait fait ou aurait dû faire à cette époque.

J'ai eu moi-même bien des fois l'occasion de vérifier certaines indications prises dans Velpeau, et de constater l'inexactitude d'un ou de plusieurs des éléments de ces indications : le volume, la date ou la page. Celle du travail de Robert, par exemple, renferme quatre fautes : 1° D'abord ce n'est qu'une indication de seconde main, puisque le travail original a paru dans les *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires* (t. XXIV, p. 372, 1828); 2° la date du volume du *Journal des Progrès* (1829) manque, et ici ce détail a son importance, car il prouve à lui seul que ce journal a reproduit l'article paru l'année précédente; 3° la page est mal indiquée, 125 pour 124, ce qui pour moi est encore un indice de l'habitude que Velpeau avait de citer de mémoire, *par à peu près;* 4° enfin Robert a écrit Rheinlæder et non Rheinlender comme Velpeau, faute du même genre que la précédente. Pour sa pénitence, je lui appliquerai ces paroles d'un érudit qui se donne la peine, souvent très grande, de remonter à la source :

« Il y a une fausse érudition qui consiste à citer de seconde main, sur la foi d'autrui, des auteurs qu'on n'a jamais lus et à copier des renvois bibliographiques qui se sont transmis de livre en livre en s'altérant chaque fois, sans que personne ait jamais pris la peine de les vérifier. On arrive ainsi à fournir un texte tout émaillé de citations, et on se donne à bon marché un vernis d'érudition et de polyglottisme qui remplit le lecteur d'admiration. Bien des renommées se sont édifiées sur de semblables bases. Ces renommées ont été et seront passagères, parce qu'elles sont de mauvais aloi. Lorsqu'on procède ainsi on devient, sans le vouloir, le falsificateur de la science. » (Broca, Rapport sur le prix Duval, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1re série, t. V, p. 447, 1854-1855.)

Je signale tout particulièrement ce passage à la méditation des écrivains qui s'occupent d'histoire de la médecine. De même qu'Harpagon voulait qu'on fît inscrire en lettres d'or sur les murs de sa salle la belle devise de Valère, je voudrais que les paroles sévères, mais justes, de M. Broca fussent affichées dans toutes les grandes bibliothèques; et si on trouvait qu'elles tiennent trop de place, je proposerais de les résumer dans la phrase suivante : *Il faut écrire pour instruire, et non pour éblouir le lecteur.*

Mais revenons à notre lièvre, qui est mieux caché que jamais. Heureusement j'avais encore plusieurs champs à explorer. D'abord les articles des dictionnaires :

M. Bouisson, dans l'article CASTRATION du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, ne dit absolument rien de Chopart, non plus que les suivants :

Delpech, art. CASTRATION du *Dictionnaire en 60 vol.*, t. IV, 1813; Montfalcon, art. TESTICULE du *Dictionnaire en*

60 *vol.*, t. LIV, 1821; Bégin, art. SARCOCÈLE et TESTICULE du *Dictionnaire en* 15 *vol.*, en 1835 et 1836.

Tous, comme du reste les auteurs cités plus haut, font allusion cependant aux accidents que peut causer la ligature du cordon. Roux y insiste surtout dans l'article TESTICULE (castration) du *Dictionnaire en* 21 *vol.*

« Les uns, dit-il, ont préconisé la ligature médiate; en l'adoptant, on ne divise le cordon spermatique qu'après l'avoir entouré d'une ligature composée de plusieurs fils, ligature que quelques-uns ne serrent que modérément, que d'autres, au contraire, serrent très fortement, dans la vue d'éteindre sur-le-champ toute la sensibilité dans les parties qu'elle embrasse..... Ce procédé, qui rend nuls les effets de la rétraction du cordon spermatique, puisque celui-ci n'est coupé qu'après avoir été lié, mériterait certainement la préférence, s'il n'exposait pas à quelques dangers; mais on a vu la ligature médiate du cordon spermatique suivie dans quelques cas, rares à la vérité, d'une violente inflammation des parties contenues dans la cavité abdominale, d'abcès dans l'épaisseur du cordon, de mouvements convulsifs, et même de tétanos, etc. » (Roux, *Dictionnaire de médecine en* 21 *vol.*, t. XIX, 1827, p. 124.)

Ce passage est reproduit textuellement dans la seconde édition de cet ouvrage, devenu le *Dictionnaire en* 30 *vol.* (t. XXIX, 1844, p. 524.)

Blandin, à l'article CASTRATION du *Dictionnaire en* 15 *vol.* (t. V, 1830, p. 12), cite Chopart sans autre indication :

« Quelques-uns ont conseillé de lier en masse le cordon avant de le couper, soit que cette ligature, comme le voulait Chopart, dût rester à demeure pour l'hémorrhagie, soit que..., etc. »

Montfalcon, art. SARCOCÈLE du *Dictionnaire* en 60 vol., donne de l'observation en question un résumé d'une page, mais sans dire non plus où il l'a trouvée (t. L, 1820, p. 33).

D'après lui, Chopart n'aurait fait que mettre en œuvre le *procédé de Ravaton* :

« Le procédé de Ravaton, dit-il, n'a aucun avantage, et présente beaucoup d'inconvénients..... Cependant, ce procédé été imité par Chopart.

» Un boucher, âgé de trente-deux ans, avait, depuis sa naissance, le testicule gauche fixé à l'aine; il s'aperçut, vers l'âge de trente ans, que cet organe augmentait de volume; il y ressentait quelquefois des douleurs, qui se dissipaient par le repos et la liberté du ventre. A la suite d'une marche forcée, les douleurs se renouvelèrent avec force dans le testicule, qui prit plus d'accroissement, et devint très dur et très sensible au toucher. On ne pouvait distinguer le cordon des vaisseaux spermatiques; Chopart sentit seulement, vers sa partie moyenne inférieure, l'ondulation d'un liquide et une sorte de mollesse ou une dureté moindre que dans sa partie supérieure. La tumeur devint plus volumineuse, et fatigua davantage par les tiraillements qu'elle occasionnait dans la région des reins. Chopart fit avec une lancette une ponction qui fit sortir une assez grande quantité d'eau jaunâtre et procura un soulagement d'assez courte durée. Les accidents augmentant en intensité, la castration fut résolue.

» L'opérateur, après avoir incisé longitudinalement les téguments qui couvraient la tumeur jusqu'à près d'un pouce au-dessus de son extrémité supérieure, les sépara de sa surface, qui était couverte par le crémaster, dont les fibres étaient bien visibles; puis il les détacha dans sa circonférence et, autant qu'il fut possible, à sa base, dont le côté

interne était très adhérent au dos de la verge. Cette dissection fut très douloureuse. Chopart ouvrit la tunique vaginale, qui contenait plus de trois onces de sérosité. La tumeur ne paraissant plus tenir qu'au cordon spermatique, il la lia avec un cordon de fil ciré, auquel il fit un double nœud qu'il serra par degré, jusqu'à ce que le malade se plaignît de douleurs.

» Cette ligature excita une grande irritation, des douleurs très vives, une réaction fébrile considérable. Chopart, sept jours après l'opération, retrancha toute la portion morte de la tumeur, dont le centre était chaud, rouge et douloureux, et mit une seconde ligature. Le vingt et unième jour, chute du pédicule, commencement de cicatrisation, complète le quarante-deuxième jour. Deux ans après, le malade ressentit des douleurs profondes et lancinantes dans la région des reins, tomba dans le marasme et mourut. On sentait, en lui palpant l'abdomen, une tumeur de la grosseur du poing, dure et dirigée transversalement sur les vertèbres lombaires. »

Comme cette dernière version est antérieure à celle du *Traité des maladies chirurgicales*, j'ai cru tout d'abord que Boyer avait copié Montfalcon, mais la comparaison des deux textes m'a démontré qu'il n'en était rien ; comme l'un renferme des détails qui ne sont pas dans l'autre, et réciproquement, il faut nécessairement en conclure que les deux auteurs ont puisé à une troisième source, sans dire laquelle malheureusement.

Pour surcroît de malechance, je me suis imaginé que Montfalcon avait trouvé cette indication dans un des travaux qu'il cite à la fin de son article, ce qui m'a conduit à compulser les thèses soutenues à la Faculté sur le TESTICULE ou le SARCOCÈLE avant 1820 ; savoir : Gorsse, an XI, n° 14 ; — Mercier, an XI, n° 347 ; — Texier, an XII, n° 167 ; Moëns, 1807, n° 74 ; — Monceaux, 1810, n° 42 ; — Defert, 1812, n° 63 ;

Nivert, 1814, n° 131; — Havard, 1816, n° 116; — Michel, 1817, n° 150; — Robinet, 1819, n° 81.

Mais j'ai perdu encore mon temps.

Un seul espoir me restait, c'était de trouver mon bien dans les principales monographies sur le sujet.

M. Le Dentu, dans sa thèse d'agrégation en chirurgie, sur les *anomalies du testicule*, 1869, s'exprime ainsi à la page 144 :

« Schneller, Chopart, ont imaginé de poser d'abord une ligature sur le cordon, et de n'enlever le testicule que quelques jours après. Le malade de Schneller guérit sans entraves; celui de Chopart passa, au contraire, par une série d'accidents qui faillirent l'emporter. »

Pas d'indication bibliographique. On pourrait demander et obtenir facilement, je pense, des circonstances atténuantes en faveur de l'auteur, en faisant remarquer que, pour la confection d'une thèse d'agrégation, on n'a pas le temps de faire de recherches sérieuses. Aussi je passe outre, d'autant plus que, dans maintes publications, M. Le Dentu a prouvé qu'il savait ne ménager ni son temps ni sa peine pour retrouver une source égarée.

Cette même année, M. le docteur Fournier soutenait sa thèse inaugurale sur les *trois principaux procédés d'hémostase appliqués aujourd'hui sur le cordon spermatique dans l'opération de l'ectomie testiculaire, et en particulier le procédé de la ligature en masse* (Paris, 1869). L'auteur cite un grand nombre de noms, sans indication bibliographique toutefois, mais oublie celui de Chopart.

Curling (*Traité pratique des maladies du testicule*, traduit par M. Gosselin, 1857) parle, à la page 514, de la ligature du cordon dans la castration, et, à la page 517, de la

dégénérescence cancéreuse du testicule retenu dans le canal inguinal, mais sans mentionner le fait de Chopart.

Godard, dans ses *Études sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme* (*Soc. de biol.*, 1856, et tirage à part, 1857), cite Chopart aux pages 15, 96 et 99, mais sans indications bibliographiques. Il dit simplement :

« Chopart a pratiqué cette opération (l'ablation du sarcocèle inguinal) en liant le cordon en masse, mais il fut obligé de placer plusieurs ligatures. La gangrène et l'élimination de la tumeur se firent lentement. Son malade éprouva des douleurs violentes dans l'aine et dans le bassin. La miction était alors difficile, la fièvre fort intense. » (Page 99 du tirage à part.)

Les travaux précédents étant le résumé le plus complet de tous ceux qui avaient paru avant eux sur le même sujet, j'aurais pu borner là mes recherches et jeter ma langue au chien, suivant l'expression consacrée; mais pour mettre ma conscience en repos, je voulus encore voir :

Lecomte, *Des ectopies congénitales du testicule et des maladies de cet organe*, thèse de Paris, 1851.

Rosenmerkel, *Ueber die Radikalkur des in der Weiche liegenden Testikels bey nicht vollendetem Descensus desselben*. München, 1820, in-8. Celui-ci ne parle pas de Chopart. Lecomte, au contraire, le cite aux pages 45 et 47 de sa thèse, mais sans indication bibliographique.

A propos de l'opération du sarcocèle inguinal par la ligature du cordon testiculaire, il dit : « Ce procédé a été imaginé par Chopart qui l'a mis à exécution sur l'un de ses malades. Son lien embrassant tous les éléments du cordon, ce chirurgien appliqua successivement plusieurs ligatures, et il n'obtint qu'avec beaucoup de peine la gangrène et l'élimination de la

tumeur. Le malade éprouva, en outre, des élancements dans l'aine, des douleurs dans le bassin, de la dysurie et une fièvre violente. Cette opération nous semble devoir être rejetée. » (Page 47.)

Cette fois, c'était bien tout. Ma liste d'indications bibliographiques était à sa fin ; l'observation de Chopart était aussi bien cachée et aussi introuvable que les sources du Nil.

Je ne puis mieux comparer ces désillusions successives qu'à celles des chirurgiens qui tentent le cathétérisme d'un urèthre dans lequel un autre chirurgien a fait préalablement une fausse route. Quand on est dans le cul-de-sac, on retire un peu la sonde, on la roule entre les doigts, on pousse de nouveau, mais en vain ; on la retire un peu plus, on la roule encore, on presse contre la paroi supérieure du canal, ou à droite, ou à gauche ; mais que de fois on recommence sans succès cette manœuvre ! Que de fois on va butter contre le cul-de-sac avant de passer outre ! Ici, le cul-de-sac était double : c'étaient la citation de Boyer et celle de Montfalcon. J'eus beau remonter de Boyer à Velpeau, à Robert, à Lecomte, à Godard, et même jusqu'au méat, je veux dire au travail le plus récent sur la matière, celui de M. Le Dentu, je retombais toujours sur Boyer, ou le plus souvent sur rien.

La série des ouvrages à consulter étant épuisée, je n'avais plus qu'à m'occuper d'autre chose : ce que je fis.

Je dois ajouter, pour rester dans le vrai, que mon inaction ne dura pas longtemps. Je rassemblais en ce temps-là des matériaux pour une *Revue sur la métallothérapie*, et, ce faisant, mon attention fut attirée sur ce fait, qu'une même observation est souvent publiée plusieurs fois à différents points de vue. Par exemple, une hystérique, atteinte d'hémianesthésie, avec achromatopsie, est traitée par l'applica-

tion des métaux, des courants continus, des aimants. Son observation était rapportée dans un travail sur l'hystérie ; dans un autre sur les troubles de la sensibilité chez les hystériques; dans un troisième sur les troubles de la vue chez les hystériques; dans un quatrième sur la métallothérapie, etc. Ce fait, on le sait, est très commun dans la littérature médicale. Une observation de fracture de jambe, compliquée de plaie, chez un diabétique, suivie de gangrène du membre, traitée par l'amputation et terminée par la mort prompte, peut être reproduite dans cinq ou six travaux écrits à des points de vue différents, etc.

Cette association d'idées me conduisit tout naturellement à la suivante : l'observation de Chopart n'aurait-elle pas été publiée à un autre point de vue que la castration par ligature du cordon en cas de testicule cancéreux retenu dans le canal inguinal ? Et me voilà relisant la version rapportée par Boyer.

Dès les premières lignes, je remarque que la ligature du cordon fit naître des souffrances très vives, une fièvre violente et de la difficulté d'uriner. Ce dernier accident, toujours par l'association des idées, me fit songer au *Traité des maladies des voies urinaires*, et je retournai parcourir de nouveau les pages consacrées à la rétention d'urine. — Peine perdue. — Je continuai la lecture de Boyer, et y trouvai un autre passage concernant encore le *Traité des maladies des voies urinaires*.

« Deux ans après l'opération, dit Boyer, la malade ressentit des douleurs profondes et lancinantes dans la région des reins..... On sentait, en lui palpant l'abdomen, une tumeur de la grosseur du poing, dure et dirigée transversalement sur les vertèbres lombaires. »

Relisons donc les pages consacrées aux affections rénales

dans Chopart. Tout d'abord, j'eus encore une fausse joie ; un chapitre est intitulé : ***Du mal de reins.*** Boyer parlait des douleurs profondes et lancinantes dans leur région. — Mais ce n'était pas encore là.

En feuilletant de page en page, j'arrivai à l'inflammation des reins, et enfin j'éprouvai cette joie que tous les chercheurs éprouvent quand ils ont trouvé l'objet de leur désir. Non seulement je pouvais satisfaire l'excellent M. Monod, qui attendait avec impatience ce renseignement, mais encore j'avais là, sous la main, la preuve irréfutable qu'AUCUN des auteurs qui avaient cité l'observation de Chopart, et dont j'ai donné la longue liste, n'avait lu cette observation dans l'original. — Peut-être faut-il en excepter Montfalcon et Boyer; mais nous discuterons ce point plus tard.

Quoi qu'il en soit, j'avais enfin trouvé le lièvre, qui était dans un gîte bien obscur, comme on va le voir.

A propos des abcès qui prennent naissance dans le tissu adipeux du rein, Chopart mentionne « ceux qui paraissent à la suite de la castration, et qui tuent quelquefois le malade dans le temps où l'on peut espérer la guérison. Nous avons plusieurs exemples de ce dernier cas. » Il cite alors une observation à l'appui et ajoute : Comme on avait compris tout le cordon spermatique dans l'anse de la ligature pour arrêter l'hémorrhagie, au lieu de lier seulement l'artère spermatique, on pensa que cette ligature pouvait avoir donné lieu à cette suppuration par l'irritation qu'elle avait causée dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes de ce côté.... (Édition de 1821, par F. Pascal, t. I, p. 126.)

Après *spermatique*, Chopart met un renvoi à une note qui commence ainsi :

« Depuis environ dix-huit ans, on ne pratique plus la liga-

ture du cordon des vaisseaux spermatiques dans l'opération de la castration. On lie immédiatement l'artère spermatique après l'avoir saisie avec une pince, et l'on n'observe plus d'abcès consécutif dans la région du rein du côté opéré. — Un cas où la ligature de ce cordon m'a paru nécessaire, est celui où le testicule squirrheux, carcinomateux, est fixé à l'anneau inguinal. »

Vient ensuite la narration de ce fait, qui n'est autre que celui que nous cherchions. Comme il n'y aurait aucun intérêt à la rapporter en entier, après le résumé que nous en avons donné d'après Boyer et Montfalcon, nous nous contenterons d'ajouter que l'opération fut pratiquée le 28 décembre 1780, en présence de MM. Sabatier et Lassus.

Cette mention de Sabatier et de Lassus m'a d'abord fait penser que, si je n'avais pas trouvé trace du fait de Chopart dans leurs livres, c'est que mon examen avait été trop sommaire, et en conséquence, je crus devoir le recommencer.

Mais j'avais bien vu la première fois. Le nom de Chopart ne figurait pas dans les ouvrages de Lassus et de Sabatier sur la *Médecine opératoire*, du moins à l'endroit où j'aurais voulu le trouver. Toutefois il est à supposer que le fait leur était resté dans l'esprit, car ils insistent tous deux sur les effets fâcheux, et même funestes, de la ligature du cordon testiculaire après la castration.

Lassus attribue ces accidents à la trop forte constriction du cordon : « La plupart des malades auxquels on a fait l'opération de la castration en serrant trop fortement la ligature, ont été saisis, aussitôt après cette constriction, de douleurs très vives dans la région lombaire, de convulsions et même de tétanos : le ventre s'est tuméfié, il est sur-

venu des hoquets, des nausées, et plusieurs sont morts en très peu de temps. Ces accidents sont toujours produits par la forte ligature faite au cordon spermatique..... Il est encore bien prouvé qu'une trop forte constriction du cordon spermatique a été la cause de ces abcès qui se forment dans le tissu cellulaire de la région lombaire, et qui sont toujours mortels. » (Lassus, *De la médecine opératoire*, t. II, p. 59 et 60, an III.)

« Les douleurs qui résultent de ce procédé, dit Sabatier, et le spasme convulsif des mâchoires, maladie nerveuse et presque décidément mortelle, qui a si souvent lieu à la suite de l'opération dont il s'agit, l'ont fait abandonner. » (*De la médecine opératoire*, édit. de 1832, t. III. p. 382.)

J'ai dit plus haut qu'aucun des auteurs qui avaient cité l'observation de Chopart ne l'avait lue dans l'original. Le commencement de sa note le prouve surabondamment : « Depuis dix-huit ans, dit-il, on ne pratique plus la ligature du cordon dans l'opération de la castration. »

Ceux qui prétendent que Chopart a inventé ce procédé, comme MM. Lecomte et Le Dentu, doivent être mis en tête des réprouvés; viennent ensuite ceux qui se contentent de renvoyer à un autre auteur, comme Velpeau et P. Robert; ensuite ceux qui ne donnent aucune indication, comme Blandin et Godard; puis les auteurs qui, décrivant ce procédé dans leurs travaux, lui donnent une importance qu'il a perdue; ils ne paraissent pas savoir qu'il s'agit d'un procédé tombé en désuétude dix-huit ans avant 1780, c'est-à-dire vers 1762. Ceux-là, comme Roux et Malgaigne, se sont probablement contentés de prendre, dans les traités de médecine opératoire et de pathologie chirurgicale antérieurs à leurs travaux, l'*état de la question*, ce qui se fait journellement,

et ce qu'avaient fait probablement leurs prédécesseurs Lassus et Sabatier, et les autres, en remontant jusques avant 1762.

Quant à Boyer et Montfalcon, je ne sais trop dans quel sens me prononcer à leur égard. Je veux bien qu'ils aient lu l'observation originale; mais, s'ils l'ont trouvée dans le *Traité des maladies des voies urinaires*, comment se fait-il qu'ils n'aient pas indiqué que Chopart, en adoptant ce procédé, ne faisait que de renouveler une pratique ancienne, démodée depuis plusieurs années (1)? Je suis fort porté à croire que ces deux écrivains ont trouvé l'observation entière, mais dépouillée de sa préface, dans un travail peu consulté, que je n'ai pas rencontré dans mes recherches. L'absence de toute indication bibliographique ne fait que me confirmer dans cette manière de voir.

Donc, en se basant sur les textes, on peut douter que l'observation qui a motivé ce long article ait été lue par plus de trois écrivains : Montfalcon, Boyer et un inconnu.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que pareille mésaventure arrive à Chopart. Dans ses *Recherches critiques sur l'histoire de l'autoplastie*, M. Verneuil (*Gaz. hebdom.*, 1858, et *Mémoires de chirurgie*, t. I[er], p. 197) nous apprend qu'une autre observation de ce chirurgien fut aussi perdue pendant longtemps :

« La restauration des lèvres après l'ablation des cancers, dit-il, est encore une fois retrouvée par deux chirurgiens français : Chopart et notre grand praticien Boyer. La mention s'en trouve explicitement dans un travail rédigé en 1791,

(1) Montfalcon dit cependant que quelques chirurgiens ont proposé de mettre ce procédé en œuvre. Il rapporte un cas où Ravaton l'a employé, et l'appelle même procédé de Ravaton, comme nous l'avons vu plus haut. (*Dict.* en 60 vol., t. L, 33.

et qui ne fut publié qu'en l'an VIII de la République française. Je veux parler du *Mémoire sur la meilleure forme des aiguilles propres à la réunion des plaies.* J'y trouve d'abord l'observation de Chopart, qui me paraît avoir été rarement consultée dans l'original. En effet, tous les chirurgiens qui citent cette remarquable observation l'ont tronquée et plus ou moins dénaturée. Aucun n'a fourni l'indication bibliographique, que j'ai cherchée vainement pendant plus de six mois; Philippe Boyer seul l'a donnée dans une note ajoutée à l'ouvrage de son père. »

Vous regrettons vivement, on le conçoit sans peine, que Ph. Boyer n'ait pu également ajouter à l'ouvrage de son père l'indication de notre observation de Chopart.

J'ai dit, en commençant cet article, qu'il avait pour but d'indiquer la marche à suivre pour retrouver une observation. Examinons donc si cette marche est pratique et applicable à tous les cas. Je vais d'abord établir les règles qui m'ont servi de guide :

1° Faire la liste des travaux de l'auteur de l'observation, ou du moins de ceux dans lesquels l'observation a quelque chance de se trouver;

2° Chercher dans ces travaux, s'ils sont courts, ou, s'ils sont longs, dans les chapitres ayant trait au sujet de l'observation, d'après les indications données par les tables des matières;

3° N'ayant pas trouvé, chercher dans les ouvrages suivants :

a. Les travaux contemporains sur la matière : traités, monographies, thèses ;

b. Les journaux du temps ;

c. Les travaux originaux et recueils postérieurs.

4° Lorsqu'on a déjà un assez long extrait de l'observation, on peut, d'après les détails de cet extrait, prévoir que l'observation a pu être publiée à plusieurs points de vue, et alors on pourra chercher dans les ouvrages de l'auteur ou dans des chapitres autres que celui ou ceux dans lesquels on avait d'abord pensé trouver ce que l'on désirait.

Pour les auteurs antérieurs au siècle dernier et au commencement de celui-ci, on peut dresser la liste de leurs travaux au moyen des ouvrages de Dujardin et Peyrilhe, Éloi, Ploucquet, Callisen, Dezeimeris, etc., les recueils heureusement peu nombreux de cette époque, la table générale du Journal de Vandermonde et celle des thèses de la Faculté.

Pour les auteurs modernes, de 1815 à 1850, les recherches sont déjà plus difficiles : les recueils sont plus nombreux, et la plupart manquent de table générale ; mais, comme chacun d'eux donne de nombreux extraits des articles originaux des autres, des thèses principales, des actes des Sociétés savantes, on peut encore arriver assez facilement à trouver ce que l'on cherche après avoir parcouru trois, quatre, cinq au plus de ces journaux en français, anglais et allemand, et une dizaine de thèses sur la matière.

Depuis 1850 jusqu'à présent, les journaux et recueils périodiques de toute sorte ont tellement augmenté de nombre, qu'il faudrait renoncer à faire des recherches, si chacun d'eux ne remplissait une bonne moitié de ses pages des emprunts faits aux autres ou aux Sociétés savantes. En outre, dans cette période est venu s'ajouter un autre secours très important pour les chercheurs, je veux parler des « *Exposés de titres* » que font ou font faire les candidats aux places de professeur de la Faculté ou de membre des Académies, et qui renferment la liste de leurs travaux.

On a vu pourquoi la découverte du fait de Chopart a été difficile, et comment l'application de la quatrième règle donnée plus haut a fini par triompher des obstacles. Je pense qu'il ne sera pas toujours nécessaire de faire toutes ces recherches, et qu'après avoir rassemblé un certain nombre de détails sur l'observation, on pourra la trouver en cherchant aux différents points des ouvrages de l'auteur visés par les détails.

On verra, dans le chapitre suivant, comment nous sommes arrivé à la solution d'un autre problème bibliographique en suivant une des règles énoncées plus haut.

UNE

QUESTION DE PRIORITÉ

ENTRE

FERNEL ET GALIEN [1]

Dernièrement, mon cher maître M. Verneuil avait dans ses salles un malade atteint d'épistaxis rebelles. L'insuccès des diverses médications employées en pareil cas l'ayant amené à faire un examen minutieux des organes du patient, il trouva une cirrhose du foie. La relation entre cette affection et l'épistaxis est une notion vulgaire à présent; elle eut ici pour résultat d'engager M. Verneuil à faire une révulsion énergique sur l'organe malade. Un vésicatoire fut donc appliqué sur l'hypochondre droit, et l'hémorrhagie nasale fut définitivement arrêtée.

Notre but n'est pas d'insister sur les points remarquables de ce fait intéressant, publié ailleurs (2), mais sur les conséquences bibliographiques dont il fut le point de départ.

Quelques recherches sur la question firent trouver à M. Verneuil le passage suivant :

« Dans l'épistaxis, on pourrait recourir aux ventouses sèches sur le dos, l'abdomen ou les extrémités inférieures.

(1) Voyez *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1881, p. 145.
(2) Voyez la même *Gazette*, 1881, p. 149.

Fernel conseillait de les appliquer sur la région du foie, Rivière sur les deux hypochondres... » (Le Chevallier, *Des epistaxis*, thèse de doctorat, Paris, 1877, p. 49.)

Être devancé par Fernel, dans une question de thérapeutique générale, n'a assurément rien d'humiliant pour celui qui vient le second, mais encore faut-il être sûr d'avoir été devancé.

A la prière de M. Verneuil, à qui d'autres occupations plus sérieuses et certainement moins récréatives interdisent maintenant les *promenades dans les ruisseaux de l'érudition*, je me mis donc à chercher dans Fernel le passage visé par M. Le Chevallier.

J'ai déjà, dans les pages précédentes, donné quelques règles à suivre pour retrouver une source perdue; le récit de mes nouvelles pérégrinations viendra à l'appui de ce que j'ai dit alors à ce sujet.

Ici, la chose était facile. Les œuvres médicales de Fernel ayant été réunies sous le nom de *Universa medicina*, je n'avais qu'à prendre l'une des nombreuses éditions de cet ouvrage et à chercher à l'*Index*. On sait, en effet, que les tables des *Œuvres complètes* publiées aux seizième et au dix-septième siècles sont extrêmement détaillées et que l'épithète de *locupletissima* qui leur a été appliquée n'est pas un vain mot.

Je pris donc la première qui me tomba sous la main, celle de 1637, imprimée à Genève.

Epistaxis et *Hæmorrhagia* n'étant pas représentées à l'*Index in pathologiam*, je cherchai à *Nares*, puis à *Sanguis*, où je ne trouvai rien. L'*Index de abditis rerum causis* ne me renseigna pas davantage. Dans l'*Index in methodum medendi*, je vis trois indications qui m'intéressèrent, l'une

intitulée : *Cucurbitula*, p. 723 ; la seconde, *Sanguinem profluentem cohibentia*, p. 807, et la troisième, *Sanguinis e naribus, utero, vel hæmorrhoide plenior eruptio secta vena sistitur*, p. 694.

La page 723 fait partie du chapitre XIX, livre II, *De particulari sanguinis vacuatione*. Ce chapitre est relatif aux sangsues et aux ventouses, scarifiées ou non, mais au *modus faciendi* seul, et non aux indications de la méthode. Il y a pourtant à la page 697 un paragraphe consacré encore aux ventouses considérées comme moyen de révulsion, mais non contre l'épistaxis.

Les moyens d'arrêter les écoulements de sang (p. 807) sont purement médicamenteux; il n'y est pas question de révulsion.

A la page 694, nous tombons dans toutes les arguties du fameux dogme κατ'ἴξιν, si discuté, disputé et commenté à l'époque de Fernel. Or, le grand moyen révulsif de Fernel était la saignée, et dans ce chapitre VI du livre II il le prescrit contre l'hémoptysie, l'épistaxis, la métrorrhagie et le flux hémorrhoïdal. Cependant, dans un autre passage, il recommande d'appliquer des ventouses sur la région mammaire contre les pertes sanguines utérines (p. 697). Mais nous verrons plus loin qu'il n'était pas l'inventeur de ce moyen.

Cette notion indiquait assez clairement qu'il ne fallait guère songer à trouver dans Fernel la révulsion par les ventouses contre l'épistaxis; mais, avant d'abandonner la partie, je voulus parcourir ce que Fernel disait dans sa *pathologie* des maladies du foie. Je n'y trouvai aucune indication thérapeutique, mais un passage assez intéressant au point de vue des rapports entre les maladies du foie et les hémorrhagies, et que je ne puis m'empêcher de reproduire.

« Le plus souvent, dit-il, quand la débilité est devenue plus grande (dans les maladies du foie), le sang s'échappe spontanément des veines et sort par les narines, par la matrice, par les hémorrhoïdes, ou par la bouche. Je me suis même aperçu que le sang s'écoulait par les extrémités des veines qui aboutissent à la peau, se répandait en divers endroits, lesquels devenaient livides sans qu'il y eût aucune ardeur (p. 404). »

Je crois que cette énumération des hémorrhagies d'origine hépatique ne laisse pas grand'chose à désirer, et qu'on n'y a guère ajouté de notre temps. Je ne parle pas évidemment de leur description et de leur étude pathogénique.

Pour en revenir à la révulsion par les ventouses sur la région du foie dans l'épistaxis, j'étais dès lors convaincu que Fernel n'en avait pas dit un mot dans ses écrits.

Je voulus néanmoins m'assurer que d'autres, avant M. Le Chevallier, avaient rappelé l'opinion qu'il prêtait à Fernel, ce qui aurait pu l'induire en erreur. C'est pourquoi je parcourus les travaux les plus souvent cités par notre confrère, entre autres la thèse de M. Sorre (Paris, 1864), l'article Epistaxis du *nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par Martineau, et du *Compendium de médecine*. Ce fut peine inutile. Monneret, dans son article sur les hémorrhagies produites par les maladies du foie (*Arch. gén. de méd.*, 5e série, t. III, 1854, p. 640) n'en parle pas davantage. Nos classiques modernes, les articles Épistaxis, Foie, Hémorrhagie des *Dictionnaires de médecine, en* 15, 21, 30 et 60 *volumes*, sont également muets sur ces points.

Les auteurs contemporains, il faut le dire, connaissent moins bien l'histoire de la médecine du moyen âge que les auteurs des quarante premières années de ce siècle, qui ceux surtout

qui ont écrit les articles de ces dictionnaires. Ce qu'on a pris dans ces articles pour rédiger bon nombre de publications savantes depuis trente ans est inimaginable; mais, comme on n'est pas remonté à la source, on a souvent oublié bien des détails importants noyés dans les phrases parfois trop concises de ces articles. Il est encore hors de doute que bien des erreurs ont pris naissance dans les citations qu'on a faites, de seconde main, des passages empruntés aux anciens par les rédacteurs de ces dictionnaires, soit qu'on ait mal recopié, soit qu'on ait reproduit des fautes de typographie que la simple lecture de l'original aurait permis d'éviter.

C'est probablement à une erreur de cette nature qu'il faut rapporter la citation de M. Le Chevallier, mais nous ne savons sur qui rejeter la faute. En fin de compte, nous avons trouvé dans un des articles du *Dictionnaire en 60 volumes* l'indication d'appliquer les ventouses sur le foie pour remédier aux épistaxis, mais cette idée est bien antérieure à Fernel. Disons d'abord comment nous avons été conduit à prendre le chemin de la vérité.

Sachant par expérience combien les articles du *Dictionnaire en 60 volumes* sont riches en détails exacts, puisés dans les auteurs anciens, je parcourus, comme je l'ai déjà dit, les articles *Epistaxis*, *Foie* et *Hémorrhagie*, où il n'était pas fait mention de l'idée attribuée à Fernel. Mais je savais, d'autre part, que le même dictionnaire abonde en détails sur les instruments de chirurgie employés à cette époque. C'est ainsi que je fus amené, pour mon bonheur, à lire son article VENTOUSE. J'y trouvai le passage suivant :

« Galien recommande l'emploi de la ventouse simple dans l'épistaxis (*De methodo medendi*, lib. XIII), Hippocrate dans l'hémoptysie. Dans ce cas, il faudrait l'appliquer dans le

dos. » (Sarlandière, *Dictionnaire en* 60 *volumes*, t. LVII, p. 187.)

Courir au catalogue, y chercher le numéro d'une édition quelconque du traité *De methodo medendi* de Galien et aller le prendre à sa place, fut l'affaire de quelques minutes. Quand je dis une édition quelconque, j'altère la vérité, car ce ne fut pas sans intention que j'en choisis une vieille, dans laquelle je pensais trouver un « *Index locupletissimus* ». En effet, l'édition de Thomas Linacre, publiée à Lyon en 1546, contient un *Index* qui n'a pas moins de 180 pages à deux colonnes. Bien m'en prit d'avoir ce surcroît d'informations, car Sarlandière ne donnant pas la page du passage qu'il citait, j'eusse été obligé de lire, en latin il est vrai, tout le livre XIII de Galien, depuis la page 644 jusqu'à la page 696, perspective qui ne me présentait aucun attrait. Mais cet avantage ne fut pas le seul, comme on va le voir.

En cherchant à la table *cucurbita* (ventouse), je trouvai ceci : « *Cucurbitæ* σικῦαι *præcordiis appositæ retinent sanguinem e naribus erumpentem* (p. 233, lin. 20). » Ce titre seul était déjà plus explicite que le passage de Sarlandière, puisque celui-ci avait omis le lieu où il fallait placer les ventouses. Le texte lui-même, ou plutôt sa traduction latine, était bien plus explicite encore. Après avoir dit qu'Hippocrate appliquait des ventouses sous les mamelles pour arrêter un flux utérin, Galien ajoute, d'après Linacre : « *Cum e naribus sanguis erumpit, id retinent maximæ in præcordiis defixæ cucurbitæ. Infigendæ autem sunt si ex dextra nare profluit, super jocinore. Sin ex sinistra, super liene. Si ab utraque nare, super utroque sunt imponendæ viscere.* » Forme et fond me paraissent assez clairs pour n'avoir pas besoin d'y insister plus longtemps. Mais un

autre point me restait noir. En haut de la page 233, en effet, je lisais : *liber* V, et Sarlandière avait dit : *livre XIII*. Etait-ce une erreur de sa part? L'*Index locupletissimus* allait décider la question.

Le livre XIII, je l'ai déjà dit, comprenait les pages 644 à 696. Or, l'*Index* me disait qu'à la page 682 je trouverais des renseignements sur *Cucurbitarum usus*, mais sans plus d'informations. La page 682 se trouvant dans le livre XIII, j'aurais pu à la rigueur me contenter de cette indication; mais je voulais voir jusqu'où s'étendaient les richesses de l'*Index*. J'eus lieu d'être satisfait, car à *Nares* je trouvai : *Naribus sanguine profluente, cucurbitæ præcordiis apponuntur*, p. 682, lin. 29, — et à *Sanguis* la même phrase, les deux premiers mots étant seulement intervertis.

Galien répète ici la même idée qu'à la page 232, mais avec moins de détails. « *Si ex naribus sanguis profunditur, præcordiis maximas cucurbitas affigimus.* »

Sarlandière, moins heureux que nous, n'avait donc trouvé que le moins important des deux passages de Galien. Le texte latin de l'édition de Kuhn diffère un peu de celui de Linacre, car il contient un contre-sens qui est peut-être une faute d'impression, et sur lequel nous ne pouvons nous arrêter (*Galeni Opera*, t. X, liber V, p. 316, et liber XIII, p. 926).

Daremberg traduit assez librement le texte de Galien : « L'application de ventouses aux mamelles, dit-il, arrête sur-le-champ les évacuations violentes de l'utérus; dans l'épistaxis, appliquez-les sur le foie ou la rate quand le sang coule d'une seule narine; s'il s'échappe par les deux avec abondance et en grande quantité à la fois, appliquez-en sur les deux viscères. » (*Œuvres... de Galien*, t. II, p. 734.) En outre, Da-

remberg n'a pas suivi le même ordre que Linacre et Kuhn, car le chapitre IX du livre XIII est devenu le chapitre XV du livre I.

Voici d'ailleurs, pour la plus grande satisfaction des érudits, le texte grec de Galien, d'après Kuhn (t. X, p. 316) :

« ... τὰς ἐκ ῥινῶν αἱμόρραγιας ἐπέχουσιν αἱ κατὰ τῶν ὑποχονδρίων ἐπιβαλλόμεναι μέγισται σικυαι. χρὴ δ'ὅταν ἐκ δεξιοῦ ῥέῃ μυκτῆρος, ἐφ'ἥπατος ἐρείδειν, ὅταν δ'ἐξ ἀριστεροῦ, κατά σπληνὸς, ὅταν δ'ἐξ αμφοτέρων, ἀμφοτέροις τοῖς σπλάγχνοις ἐπιφέρειν τὰς σικύας. »

Ce qu'on peut traduire littéralement en français de la manière suivante :

« ... Les grandes ventouses appliquées sur les hypochondres arrêtent les hémorrhagies nasales. Lorsque le sang coule par la narine droite, il faut les mettre sur le foie ; par la narine gauche, sur la rate ; quand il coule des deux côtés, il faut appliquer les ventouses sur les deux viscères. »

Malgré tout le respect avec lequel un humble plumitif de notre espèce doit parler de Daremberg, il faut bien reconnaître que sa traduction n'est pas tout à fait exacte. De plus, son arrangement des chapitres de Galien fut cause que je perdis encore plus d'un quart d'heure. Le passage cité plus haut se trouve, avons-nous dit, dans le chapitre XV, intitulé : *Du traitement des fièvres, eu égard à leurs complications.* Or Fernel, dans son *Traité sur la méthode générale de guérir les fièvres*, a écrit un chapitre XII analogue au chapitre XV de Galien-Daremberg et que je crus devoir lire, dans l'espoir de réparer un oubli relatif au texte de Fernel. Mais il n'est pas question d'épistaxis dans ces chapitres. Donc, Fernel, qui a tant emprunté à Galien, n'a pas jugé à propos de recommander son traitement des épistaxis.

Nous n'avons pas cru devoir rechercher ce que Rivière,

cité aussi par M. Le Chevallier, disait à ce sujet, puisque de toute façon il n'aurait fait que répéter les paroles de son ancien.

Pour en revenir à Galien, nous devons nous demander maintenant s'il est bien l'auteur du traitement des épistaxis par l'application des ventouses sur le foie. Nous avons déjà vu qu'Hippocrate en préconisait l'application aux mamelles contre les métrorrhagies (édit. Littré, t. IV, p. 551, aphor. 50, et t. VIII, p. 237) ; plusieurs passages du même auteur font encore allusion aux relations qui existent entre les épistaxis et le foie et la rate, comme en témoignent d'ailleurs l'*Index* très détaillé de l'ouvrage et, en particulier, la note suivante de Littré :

« L'hémorrhagie favorable dans une affection de la rate est, suivant les hippocratiques, une hémorrhagie par la narine gauche ; en ce cas, quand elle se fait par la narine droite, elle est à contre-sens. De même, elle est à contre-sens en cas d'affection de l'hypochondre droit, c'est-à-dire du foie, si elle se fait par la narine gauche. » (*Œuvres d'Hippocrate*, édit. Littré, t. V, p. 554, note 4.)

Nous devons donc en conclure que les auteurs hippocratiques connaissaient les effets de la dérivation par les ventouses, les relations entre les maladies du foie et de la rate et l'épistaxis, et les dangers de ces hémorrhagies quand elles se faisaient à contre-sens. De là à la nécessité de les rappeler du bon côté par la dérivation κατ'ἴξιν, il n'y a qu'un pas. Mais quand et par qui ce pas a-t-il été franchi ? Est-ce avant Galien ? Il nous est impossible de nous prononcer pour le moment sur ce point. Nous pouvons dire toutefois que Celse n'en parle pas.

Quoi qu'il en soit, M. Verneuil est dépouillé de sa priorité

(que, du reste, il n'avait pas revendiquée), non par Fernel, mais par Galien. Nous ne pensons pas que son amour-propre puisse en souffrir, car mieux que personne notre cher maître connaît cette propriété des recherches historiques, d'enlever parfois aux inventeurs leurs illusions : « On caressait l'espoir d'avoir fait une découverte, a-t-il dit quelque part, et voilà qu'un malheureux passage, perdu dans un obscur bouquin, vous dépossède cruellement. » Il est à supposer que les caresses faites à l'espoir de sa découverte par M. Verneuil n'ont pas été très passionnées, car ses regrets ont été très peu vifs ; mais à ceux qui seraient moins indifférents que lui à ces légères déceptions, ou qui professeraient une trop grande tendresse pour leurs découvertes, nous rappellerons ces paroles de Gendrin : « Si vous voulez inventer du nouveau, lisez d'abord les anciens. »

Mais voyez un peu, en guise de morale, à quoi peut entraîner une citation inexacte. M. Le Chevallier, sur la foi de je ne sais quel auteur dont il accepte sans contrôle l'assertion, écrit Fernel au lieu de Galien, et m'oblige à lire les œuvres de Fernel, ce que je n'eusse certainement pas fait sans cela, du moins pour le moment. Même exercice intempestif à l'égard de plusieurs articles des vieux dictionnaires, de différentes éditions de Galien, d'Hippocrate, etc.

M. Verneuil a calculé autrefois qu'il avait passé six heures à faire les recherches nécessaires pour écrire une phrase de six lignes (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 401), et dans le récit de son odyssée bibliographique il se plaint amèrement du temps que font perdre aux historiens consciencieux les erreurs de leurs devanciers. Depuis, les choses n'ont pas changé. En additionnant les minutes nécessitées par la recherche des ouvrages que j'ai consultés, la lecture des chapitres relatifs au sujet, la

rédaction de ces quelques pages et leur correction, j'arriverais sans difficulté à un total qui dépasserait certainement soixante heures. Dépenser soixante heures de son existence active pour arriver à écrire Galien au lieu de Fernel ! N'en est-ce pas assez pour justifier toutes les colères soulevées contre les écrivains qui citent à tort et à travers, qui remplissent leurs moindres *Notes* de renvois bibliographiques copiés dans autrui, et qui vous font chercher dans X... un passage de Z...?

Quand on songe à la quantité énorme et sans cesse croissante des travaux dits originaux publiés chaque année, on frémit involontairement à l'idée du nombre incalculable des erreurs de ce genre qu'ils renferment, à la perte de temps qu'ils occasionneront aux chercheurs futurs, et au discrédit qu'ils contribuent à jeter sur la littérature médicale. « On écrit trop, » dit-on ; cela est vrai. Si on lisait un peu plus, on écrirait moins ; mais on apprendrait surtout que parfois ce qu'on croit nouveau est loin de l'être ; on citerait exactement, on perdrait soi-même moins de temps et en ferait moins perdre aux autres ; on éviterait, enfin, de se faire adresser bon nombre d'épithètes malsonnantes dont les chercheurs agacés ne manquent pas de gratifier (*in petto* heureusement) les fabricants de citations.

SUR LES ERREURS

EN

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

LEURS CAUSES ET LES MOYENS DE LES ÉVITER (1)

Le bon M. de La Palisse a dit quelque part : « Quand on dit, écrit, ou fait quelque chose, le public se divise en trois camps : l'un approuve, l'autre désapprouve, et le troisième reste neutre (2). »

Mon feuilleton sur l'observation de Chopart a subi le sort commun à tous les actes rendus publics : quelques amis bienveillants ont bien voulu me féliciter ; un autre, ancien interne de Velpeau, m'a reproché, et assez vivement, d'avoir malmené son maître ; le reste du monde est resté indifférent ; de telle façon que je me suis demandé si je ne faisais pas fausse route en entreprenant une campagne dans le but de redresser quelques indications déformées et d'inviter les écrivains futurs à remonter, autant que possible, à la source,

(1) Voyez l'*Union médicale* des 23 mars, 14 avril, 16 et 20 mai 1880.

(2) Malgré tout mon désir et mes habitudes prises de remonter aux sources, je dois avouer que je n'ai fait aucun effort pour retrouver l'ouvrage de M. de La Palisse où se trouve cette citation.

dans leurs citations. Mais, vivement encouragé par un de mes meilleurs amis, qui entre autres qualités a celle de ne citer que ce qu'il a lu dans l'original, je résolus de faire encore quelques promenades dans la littérature médicale. « Redressez, redressez, me dit-il, il en restera toujours quelque chose. »

Sur ce, j'ai continué à prendre des notes.

Tout d'abord, je dois à l'amitié que veut bien me témoigner l'ancien interne de Velpeau, auquel je faisais allusion tout à l'heure, quelques explications pour l'assurer que mes critiques sur son maître ne portent nullement sur le caractère de l'homme, que je n'ai pas connu, ni même sur le fond de ses ouvrages, parce que *non est hic locus*, mais sur la manière dont il faisait la bibliographie. Il y a dans les ouvrages de Velpeau bon nombre de citations inexactes, d'indications erronées ou incomplètes, qui ont fait et font encore le désespoir de ceux qui veulent lire dans l'original un fait mentionné par lui. Voilà ce que je lui reproche, et, chaque fois que j'en trouverai l'occasion, je ne pourrai m'empêcher de dire de Velpeau, comme de tout autre écrivain : « Telle indication est inexacte », quand elle le sera.

D'ailleurs, les erreurs bibliographiques de ce chirurgien s'excusent jusqu'à un certain point. Arrivé à Paris sans ressources, et voulant s'en créer d'une manière honorable, Velpeau rédigea en peu d'années, dans les moments que lui laissaient son service à la Faculté comme aide d'anatomie, prosecteur ou agrégé, ses cours particuliers et sa clientèle, un nombre d'ouvrages qui peut paraître excessif, relativement au temps employé à leur rédaction. Il fit, en effet, paraître en moins de dix ans, peut-être en guise de préparation à ses différents concours pour le professorat, ce qui suit :

Traité d'anatomie chirurgicale, 1825-1826, 2 vol. in-8.
Traité élémentaire de l'art des accouchements, 1829, 2 vol. in-8.
Nouveaux éléments de médecine opératoire, 1832, 3 vol. in-8.
Embryologie ou ovologie humaine, 1833, 1 vol. in-folio.

Outre de nombreux articles dans les journaux de l'époque et ses thèses de concours.

Si l'on se rappelle que Velpeau, arrivé à Tours en 1816, y recommença toutes ses études françaises, latines, etc., vint à Paris, où il obtint le premier prix de l'École pratique en 1821, passa sa thèse de doctorat en 1823, et fut nommé, au concours, agrégé la même année, puis professeur de clinique chirurgicale (1834), après cinq concours pour les chaires de pathologie chirurgicale (1831), de physiologie (1831), de pathologie chirurgicale (1833), d'accouchements (1834) et de clinique chirurgicale (1834), on se figure facilement la somme énorme de travail et d'activité qu'il dut déployer dans toute la période de son existence comprise entre 1816 et 1834. Mais, pour produire autant d'ouvrages, il a dû nécessairement se borner à prendre ses matériaux dans les articles d'ensemble des traités classiques, des dictionnaires et des recueils de l'époque. Quant à remonter aux sources, on comprend que le temps lui ait manqué pour faire les recherches nécessaires.

Ces lignes étaient écrites lorsque, voulant vérifier un passage de la première édition des *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, j'eus la curiosité de lire la préface de Velpeau ; grande fut ma surprise d'y trouver l'infirmation de l'opinion précédente. En effet, Velpeau déclare que, pour faire un livre dans l'esprit du sien, il est nécessaire de rechercher avec soin les véritables sources des faits ; en consé-

quence, il a consulté une infinité de recueils périodiques, de mémoires particuliers, de monographies de tout genre, et il énumère la liste des ouvrages et recueils auxquels il a eu recours, et des contemporains auxquels il s'est adressé pour connaître l'état de la sience.

« Quant à ce qui est étranger aux temps modernes, j'ai, dit-il, fait tout ce qui était en moi pour remonter aux sources originales, genre de recherches qui m'a fait voir combien Sabatier lui-même, et surtout M. Cooper, ont souvent été induits en erreur quand ils exposent la manière de penser des auteurs dont ils invoquent l'appui. Lorsque je n'ai pu y parvenir, soit à cause de la rareté des ouvrages, soit à cause de la langue dans laquelle ils sont imprimés, je m'en suis remis à l'autorité de Sprengel, confirmée par celle de Le Clerc, Freind, Dujardin ou de Peyrilhe, et mieux encore par celle de M. Dezeimeris, qui m'a procuré en outre, dans maintes occasions, des données que j'eusse vainement cherchées ailleurs. »

Sachons donc gré à Velpeau d'avoir fait tous ses efforts pour redresser toutes les erreurs de Sabatier et de Cooper, mais constatons qu'il s'en est remis à l'autorité d'autrui dans certains cas, ce qui l'a exposé : 1° à laisser passer des erreurs ; 2° à les répéter, n'ayant pu les corriger. En outre, nous ne comprenons pas comment Velpeau, si désireux d'éviter les fautes qu'il reproche à ses devanciers, en a tant laissé se glisser dans ses écrits.

La première édition des *Nouveaux éléments de médecine opératoire* (1832) est presque totalement dépourvue d'indications bibliographiques. Velpeau donne de cette omission les raisons suivantes :

« Je n'ai cité presque nulle part le titre ni le passage des ouvrages où j'ai puisé. Il m'a semblé que la conduite opposée,

dont je suis d'ailleurs le premier à reconnaître les avantages, aurait dans un traité dogmatique un assez grand nombre d'inconvénients : 1° d'en gêner la lecture ; 2° d'en multiplier les pages au delà de ce que beaucoup de personnes ne semblent le penser ; 3° de troubler la mémoire ; 4° de favoriser cette littérature de perroquet, qui n'est déjà que trop répandue dans les écoles françaises. »

Ces lignes se trouvent textuellement à la page XIV de la préface de Velpeau, où tous ceux qui, comme moi, seront stupéfaits de la singularité de ces raisons et douteront que cet éminent chirurgien ait pu les écrire, pourront les lire. D'ailleurs, Velpeau lui-même, soit spontanément, soit incité par des amis véritables, intelligents et non jaloux, reconnut bientôt le peu de valeur de ces motifs, car, dans la seconde édition de cet ouvrage (1839), il ajouta au texte de nombreuses indications bibliographiques, et je ne sache pas que la lecture en soit gênée, la mémoire troublée, ni *cette littérature de perroquet* favorisée. Quant à la multiplication des pages, elle existe réellement, car les trois volumes de la première édition en ont formé quatre dans la seconde ; mais l'auteur a fait à celle-ci des additions non seulement comme notes, mais comme texte.

J'ai le regret d'ajouter, pour rester conforme à la vérité, que ces additions ne sont pas toujours heureuses, et que certaines d'entre elles contiennent encore des erreurs. En particulier, son chapitre sur la résection de l'épaule renferme au moins, dans la première édition, quatre erreurs qui se sont augmentées de deux nouvelles dans la seconde, ainsi que nous l'avons rapporté plus haut (voy. page 36).

Quant aux indications bibliographiques, elles confirment pleinement mon opinion sur la manière de faire de Velpeau,

à savoir : que le temps a dû lui manquer pour remonter aux sources, ou, comme disait M. Verneuil, qu'il devait être bien distrait lorsqu'il les a consultées.

Ces inexactitudes dans ses travaux lui ont valu, de son vivant, bien des attaques, mais, comme elles étaient justifiées, Velpeau n'en garda pas trop rancune à leurs auteurs, et ne l'empêchèrent pas de leur rendre justice quand l'occasion s'en présenta. En voici un exemple, que je cite pour me rendre les bonnes grâces de ceux que mes critiques peuvent avoir offusqués, et pour prouver à ceux qui ont pu reprocher à Velpeau son origine, que ce fils de paysan ne manquait pas de noblesse dans les sentiments.

Une des chaires de pathologie chirurgicale à la Faculté étant devenue vacante, l'agrégé que sa valeur personnelle et ses travaux antérieurs désignaient pour la nomination à cette chaire était un de ceux qui, depuis quinze ans, avaient jeté des monceaux de pierres dans le jardin littéraire du professeur de clinique de la Charité. Quelques jours avant le vote, Velpeau rencontra un des amis du candidat et lui tint à peu près ce langage : « M. X... se croit peut-être obligé de me faire une visite pour solliciter ma voix ; comme cela pourrait lui être désagréable, dites-lui de ne pas se déranger, je voterai quand même pour lui. »

A propos des erreurs trouvées dans les livres, on m'a fait remarquer que bon nombre d'entre elles devaient être mises sur le compte du typographe. Je sais, en effet, pour l'avoir éprouvé moi-même, quelles luttes il faut soutenir contre un compositeur entêté pour faire disparaître des épreuves certaines fautes dans des mots qu'il orthographie à sa manière (1).

(1) Par contre, on doit s'estimer très heureux d'avoir affaire à un prote bienveillant qui vous indique ou corrige certaines fautes restées dans le bon à tirer.

Ainsi, par exemple, parlant dans mon *Traité de la gastrostomie* d'une observation de M. Lanelongue (de Bordeaux), je n'ai jamais pu obtenir que le compositeur l'écrivît autrement que Lannelongue (avec deux *n*) comme s'écrit le nom du jeune chirurgien des hôpitaux de Paris.

M. de Lanessan m'en a cité une du même genre, mais plus grave. Dans son *Manuel d'histoire naturelle* se trouve un chapitre sur les *canellacées*, qu'on écrit avec un *n* depuis le botaniste qui a créé le genre et qui l'a écrit ainsi, parce qu'il faisait dériver canelle du mot espagnol *canello ;* il fallait donc la conserver ainsi puisque le créateur du genre l'avait adoptée. Or, dans les trois premières épreuves, tous les mots dérivés de *canelle* sont restés comme M. de Lanessan les avait écrits, avec un *n;* mais lorsque le bon à tirer a été donné, le correcteur, guidé par le dictionnaire de Littré et Robin, a ajouté un *n* à tous ces mots.

Voici encore quelques fautes curieuses de typographie :

Le *Giornale veneto di science mediche*, de juillet 1877, donne un compte rendu (p. 53) d'un travail du docteur ORTEIL (pour Ortille), sur la rétention chronique d'urine.

Il Morgagni, d'octobre 1876, rapporte une observation d'amputation de la verge au moyen de l'anse galvanique et suivie de guérison, et il l'intitule : NICAISE e GUÉRISON, *Amputazioni*, etc. (p. 714). Je ne doute pas que M. Nicaise comme tous les chirurgiens du reste, soit très heureux d'avoir GUÉRISON comme collaborateur dans ses opérations ; mais, jusqu'à présent, je ne connais personne qui porte ce nom. GUÉRISON n'est qu'un chirurgien de..... coquille.

Les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1er mars 1877, portent sur le sommaire de la couverture, au verso de la première page, le titre suivant : Section des deux

valves du corps thyroïde par un coup de *foudre*. Tout étonné, vous courez à la page 18 pour lire les détails de cette merveilleuse action de la foudre, mais vous ne trouvez plus que *gouge* à la place. Dès lors, le merveilleux disparaît et il ne reste qu'une coquille de plus.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps à ces erreurs, bien qu'elles soient très fâcheuses quand elles sont répétées par les écrivains qui ne vérifient rien, et très gênantes pour ceux qui veulent tout vérifier, et je passe à d'autres plus graves.

A la suite d'une très intéressante observation d'ablation de tumeur de la paroi abdominale adhérente à l'estomac, et dans laquelle la portion de paroi stomacale comprise dans la tumeur fut enlevée avec elle, Cavazzini passe en revue les cas dans lesquels on fit l'ouverture de l'estomac, et il dit :

« Cette ouverture de l'estomac a déjà été faite par Wimpfen à Strasbourg une fois avec issue mortelle, et par Sédillot en France quatre fois, sur lesquelles on compte une seule guérison (*Gaz. med. ital. prov. venote*, 29 mars 1879, p. 111). » Et il donne comme indication bibliographique : Vidal (de Cassis) *Patol. est.*, trad. di A. del Corso, Milano, 1863, p. 350-351.

Que d'erreurs dans ces trois lignes ! 1° Wimpfen, d'abord, s'écrit Wimpffen; mais admettons que ce soit une faute de *compositeur italien*, ce qui est extrêmement commun ; 2° Wimpffen n'a jamais fait la gastro-stomie ; il a, dans sa thèse inaugurale (Thèse de Strasbourg, 15 mai 1850, 2e série, t. XIII, n° 209), rapporté la première opération de M. Sédillot, qui, à cette époque, avait déjà fait le tour de la Presse médicale, mais c'est tout ; 3° M. Sédillot n'a jamais pratiqué que deux fois la gastro-stomie, et non pas quatre fois; 4° les deux opérés de M. Sédillot sont morts, donc la *seule guérison*

signalée par M. Cavazzini n'existe pas. Quant à la traduction de Vidal (de Cassis) par M. del Corso, j'ai le regret de n'avoir pu la consulter ; j'aurais été curieux de voir où cet auteur avait puisé ces renseignements, car dans l'édition française de la *Pathologie externe* de Vidal, de 1861, qui, je suppose, a servi à faire l'édition italienne de 1863, notre compatriote ne parle pas de la gastro-stomie. Il commet, au contraire, à son endroit, la *coquille* suivante : « M. Sédillot a proposé l'*œsophagotomie* pour déposer directement le bol alimentaire dans l'estomac. » (T. III, p. 767.)

Il est vrai que, dans le quatrième volume du même ouvrage (p. 418), M. Fano a ajouté un chapitre de deux pages sur la gastro-stomie ; il y mentionne les deux observations de Sédillot et donne l'indication bibliographique de la thèse de Wimpffen, sans faire mention d'aucun autre fait. Ce n'est donc pas dans cet ouvrage que l'erreur a pris sa source. Où donc? *Chi lo sa?*

J'ai déjà relevé une erreur semblable dont les observations de M. Sédillot avaient été victimes.

Mansière, dans sa thèse inaugurale (*Des rétrécissements intrinsèques de l'œsophage*, Paris, 1865), cite une phrase recueillie, dit-il, à la clinique de Grisolle, et ainsi conçue : « Quant à la *gastrotomie*, tentée trois fois par M. Sédillot, cette opération a donné entre les mains de ce chirurgien 3 insuccès sur 3 cas. » (Page 55.)

Gandais, également dans sa thèse de doctorat (*Rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage*, Paris, 1869), cite la même phrase, à la page 33.

Enfin, la thèse inaugurale de Ferrié (*Étude sur les rétrécissements cicatriciels et fibreux de l'œsophage*, Paris, 1874) reproduit la même erreur sous une autre forme : « Cette

opération, dit-il, préconisée par M. Sédillot, a été employée trois fois par lui, mais sans succès. » (Page 34.)

Nous avons vainement cherché, dans les œuvres de Grisolle, la reproduction de cette assertion ; aussi sommes-nous tenté de croire que M. Mansière avait mal entendu, ou mal relu ses notes d'hôpital. Quant à MM. Gandais et Ferrié, ils auront reproduit, sans le vérifier, le chiffre donné par M. Mansière.

Ce qui précède démontre bien, je pense, que, d'après moi, M. Sédillot n'a jamais pratiqué que deux fois la gastro-stomie, et que, si j'ai parlé d'un troisième cas, c'est pour dire qu'il n'appartient pas à M. Sédillot. J'ai le regret de constater qu'on m'a prêté de tout autres intentions.

M. le docteur Möller, dans un travail récent sur la gastrostomie (*Gastrotomien*, Copenhague, 1880, p. 58), attribue à Sédillot un troisième cas dans lequel le malade, atteint d'épithélioma ulcéré, est mort deux jours après l'opération, de péritonite commençante (1). Il ajoute que ce cas ne peut pas être celui de Fenger, parce que l'épithélioma n'était pas ulcéré chez le malade opéré par ce chirurgien, et dit enfin : « Petit, *Traité de la gastro-stomie*, travail couronné, Paris, 1879, p. 24, fait allusion à ce cas, mais ne dit pas où Sédillot l'a publié. »

Je répondrai d'abord à M. Möller que je n'ai pas donné l'indication bibliographique de ce cas, pour l'excellente raison que je venais de soutenir qu'il n'existait pas. Je vais ensuite lui démontrer que ce prétendu troisième cas de Sédillot n'est autre que celui de Fenger. Pour ce, remontons à la source.

(1) M. Möller renvoie à l'édition de Sédillot de 1876, t. II, p. 351. Je me suis servi de celle de 1866, parce que le passage est le même dans les deux éditions, et que cette date importait beaucoup, comme on le verra un peu plus loin.

Dans la troisième édition de son *Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 807, M. Sédillot s'exprime ainsi : « Ces (deux) malades, ainsi qu'un troisième, atteint d'un épithélioma suppuré, succombèrent assez rapidement : l'un au bout de vingt-quatre heures, à un affaiblissement progressif; le second, deux jours plus tard, à un commencement de péritonite ; le troisième, au bout d'une huitaine de jours, à un épanchement intra-abdominal de matières alimentaires, injectées avant que les adhérences stomacales eussent acquis une résistance suffisante. » Ce passage semblerait, en effet, indiquer que M. Sédillot a pratiqué trois fois la gastrostomie, et donner raison à MM. Mansière, Gandais, Ferrié et Möller. Mais comme cette mention de trois opérations ne se trouve pas dans la deuxième édition, qui est de 1855, mais seulement dans la troisième, qui est de 1866, M. Mansière, dont le travail est de 1865, ne peut bénéficier de cette hypothèse. D'autre part, dans ses *Contributions à la chirurgie*, publiées en 1868, M. Sédillot ne parle que de deux opérations de ce genre pratiquées par lui. Il n'aurait certainement pas manqué de signaler la troisième, si elle eût existé. Enfin, à la page 302 du deuxième volume de la troisième édition du *Traité de médecine opératoire*, M. Sédillot parle d'un troisième cas, non pas de lui, mais de Fenger, dont le malade est mort deux jours après l'opération. Le cas de Fenger est bien le seul que connaisse M. Sédillot, car il ne parle également que de celui-là dans ses *Contributions à la chirurgie* et dans la quatrième édition de son *Traité de médecine opératoire* de 1870.

D'un autre côté, le seul fait sur lequel s'appuie M. Möller pour admettre que la troisième opération citée par M. Sédillot n'est pas celle de Fenger, est que l'épithélioma du

malade de ce dernier chirurgien n'était pas ulcéré. Or, M. Sédillot ne dit pas *ulcéré* mais *suppuré;* mais cela ne fait rien à la chose, puisqu'en réalité l'épithélioma n'était ni suppuré ni ulcéré. Aussi bien je puis facilement démontrer que, dans tout le passage cité plus haut, M. Sédillot n'a écrit que de mémoire, car il ne parle que par à peu près de ses propres observations. Ainsi, il dit : Le premier est mort au bout de vingt-quatre heures, au lieu de vingt et une heures que dit le texte original (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1849, p. 366); le troisième (son second opéré), au bout d'une huitaine de jours (au lieu de dix jours) d'un épanchement intra-abdominal de matières alimentaires injectées avant que les adhérences stomacales eussent acquis une résistance suffisante. M. Sédillot dit, au contraire, dans son texte original (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853, p. 69), que l'épanchement des matières a été causé par le sphacèle d'une partie de la plaie, lequel sphacèle a ouvert le péritoine. Quant aux adhérences, elles existaient sur tout le pourtour de la plaie, sauf en ce point sphacélé. Si M. Sédillot se cite si mal lui-même, doit-on s'étonner qu'il n'ait pas exactement cité les autres ? Et, d'après ce qui précède, n'est-il pas juste d'admettre que l'observation à laquelle il a fait allusion était celle de Fenger ?

On voit le danger des citations faites à l'aveugle. Ce moyen est très employé, et j'en trouve tous les jours des exemples. Qu'on me permette de rester encore un peu sur le chapitre de la gastro-stomie, sujet que j'ai assez étudié pour bien connaître les points faibles de son histoire.

Il y a des erreurs qui naissent on ne sait ni pourquoi ni comment.

M. le docteur Hénocque, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1876, p. 274, donne ainsi le tableau des opérations de

gastro-stomie qu'il a rassemblées et qui seraient au nombre de 22. Comptons chemin faisant :

Sédillot, 1849 et 1853 (2); Fenger, 1853 (3); Habershon, 1857 (4); Sydney (Jones), 1855 et 1866 (6); Jouon (de Nantes), 1872 (7); Smith, Mac Cormac, Legros, Clarke, 1872 (11); Jacobi (de New-York), 1874 (12); Cooper, Fœrster, 1858 et 1859 (14); Lowe, Bryant, Curling, 1866 (17); Van Thaden, 1867 (18); Francis Troup, 1867 (19); Durham, 1868 (20); Maury, 1869 (21).

Il en manque donc 1. Faudrait-il penser que Fœrster et Cooper ont pratiqué tous deux la gastro-stomie en 1858 et 1859? Mais alors nous aurions 4 cas au lieu de 2, et au total 23 au lieu de 21, ce qui ne serait pas encore exact. Ou bien l'un des deux a-t-il seulement pratiqué une fois l'opération et l'autre deux fois; alors nous aurions notre compte. Supposons, pour le moment, qu'il en soit ainsi.

M. Hénocque termine en disant que toutes ont été suivies de mort dans un espace variant entre quelques heures et quelques jours.

Reprenons cet historique avec les documents que nous avons recueillis dans notre *Traité de la gastro-stomie*, et dont nous garantissons l'exactitude :

1° Nous voyons d'abord que Habershon n'a jamais pratiqué la gastro-stomie. La vérité est qu'elle a été faite sur un malade du service de ce médecin par Cooper Forster en 1858, mais que Habershon l'avait *proposée* en 1857, dans son livre : *Diseases of alimentary canal*. Soit 1 cas de moins.

2° La première opération de Sydney Jones a été faite en 1859 et non en 1855.

3° Legros et Clarke ne font qu'un seul et même chirurgien, nommé Legros Clark. Soit encore 1 cas de moins.

4° Cooper et Fœrster ne font également qu'un seul et même chirurgien, appelé Cooper Forster. Donc les deux observations de 1858 et 1859 n'en font bien que 2 et non 3 ou 4.

5° Les faits de Lowe, Bryant et Curling ne doivent pas tous porter la date de 1866 : le malade de Lowe a été opéré en 1869, ceux de Bryant et de Curling en 1866.

Donc, en résumé, les 22 faits de M. Hénocque se réduisent à 19.

M. le professeur Le Fort me paraît avoir été frappé de ce défaut de concordance entre les faits à additionner et le total, car il a reproduit, en le corrigeant à ce point de vue, le tableau de M. Hénocque (Malgaigne, *Manuel de méd. opér.*, 8e édit., par M. Le Fort, 2e partie, p. 419, 1877). Néanmoins ses corrections laissent encore à désirer.

En effet, cette fois, les 22 observations s'y trouvent bien parce que M. Le Fort a ajouté un cas de Hjork et un de Sydney Jones, mais, comme M. Hénocque, il a eu le tort : 1° de laisser celui de Habershon, ce qui ne fait plus que 21 ; 2° de laisser la date de 1855 au premier fait de Sydney Jones et celle de 1866 à celui de Lowe; 3° ayant mentionné aussi le troisième fait de Sydney Jones (1875), il n'aurait pas dû répéter, après M. Hénocque, que les 22 opérés étaient morts dans un intervalle variant entre quelques heures et quelques jours, le dernier opéré ayant survécu quarante jours.

Enfin, pour ne laisser aucune tache à l'addition que M. Le Fort a faite au livre de Malgaigne, disons encore que Hjork s'écrie Hjort.

Si Habershon ne passe pas pour chirurgien devant la postérité, ce ne sera certainement pas la faute de ceux qui l'auront mal cité. En effet, M. Péan, qui dans un ouvrage récent (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du*

bassin, 1880, p. 503) a rédigé son chapitre *gastrostomie permanente* d'après mon livre, dit encore :

« Habershon, en 1858, pratique sans succès la gastrostomie sur un malade atteint d'une tumeur de l'œsophage. » Et cependant il a lu ou aurait pu lire dans le travail qui lui a servi de guide (p. 29) :

« En 1858, M. Cooper Forster, chirurgien de Guy's Hospital, à Londres, fit la gastro-stomie sur un malade du service de son collègue Habershon. »

Mais nous sommes loin d'en avoir fini avec la *fissiparité* des observations.

Dans sa thèse sur *la taille stomacale* (1877), M. le docteur Ch. Colin nous en donne encore un exemple remarquable.

Chelius, dans son *Traité de chirurgie*, rapporte un cas de gastrotomie pour corps étranger de l'estomac, qu'il attribue à Shoval (1635). Hévin rapporte de son côté un fait analogue qu'il attribue à Daniel Schwaben (1635). M. Colin, analysant ces deux observations, en compare les détails analogues : date, nature de l'objet, séjour dans l'estomac, traitement et terminaison sont les mêmes; il en conclut, avec raison, selon nous, que ces deux faits doivent n'en faire qu'un seul.

La peine qu'il s'est donnée pour remonter à l'origine du fait unique a trouvé sa récompense, car deux travaux parus depuis, et rédigés avec les matériaux rassemblés dans sa thèse, ont respecté la suture qu'il avait pratiquée aux deux moitiés de l'observation de Schwaben. (Voy. le chapitre *gastrostomie temporaire* du livre de M. Péan, p. 498, et la page 218 du *Traité des corps étrangers en chirurgie* de M. Poulet.)

Une des causes fréquentes de cette fissiparité est la suivante : une observation est prise dans un service d'hôpital

par un élève qui la publie sous son nom. Vient ensuite un lecteur qui la reproduit sous le nom du chef de service. Puis les deux versions passent dans la littérature médicale ornées chacune d'une étiquette différente. Si alors on ne remonte pas à la source, on court le risque de donner les deux versions du fait pour deux faits distincts. C'est justement ce qui est arrivé à M. Poulet, dans son *Traité des corps étrangers en chirurgie.*

Ainsi nous voyons, page 263, une observation de Babington et Currie, et tirée des *Annales de littérature médicale étrangère* (t. II, 1810, p. 501), attribuée, page 264, à Marcet, qui l'aurait publiée dans les *Transactions of the medical Society*, sans indications de date, de tome ni de page. Et c'est bien le même fait, car il s'agit dans les deux versions d'un matelot qui, en plusieurs fois, avale un certain nombre de couteaux, 35 d'après Babington, 37 d'après Marcet. Dans les deux cas, il survécut dix ans après avoir avalé le premier couteau; dans les deux cas, la mort eut pour cause la perforation de l'intestin par le ressort d'un des couteaux; un grand nombre de fragments étaient restés dans l'estomac et d'autres pouvaient être sentis par le doigt dans le rectum. L'analogie de tous ces détails dans les deux relations paraît démontrer suffisamment que la même observation a été dédoublée.

Il suffit d'ailleurs de se reporter aux *Medico-chirurgical Transactions* pour s'assurer que les deux observations susdites n'en font qu'une. Le malade est entré à *Guy's Hospital*, dans le service de Babington, en 1807; il en est sorti pour rentrer dans le service de Currie, où il est mort en 1809. — Le 19 mars 1822, Marcet, ayant réuni quelques documents intéressants sur ce malade, savoir: la relation de sa maladie

écrite par lui-même, une autre rapportée par le chirurgien du navire à bord duquel il se trouvait, et une troisième recueillie par Currie et contenant les détails de l'autopsie, Marcet, dis-je, communiqua ces documents à la *Medical and chirurgical Society*. (Voy. *Med. chir. Trans.*, 1823, t. XII, p. 52.)

Voilà pourquoi l'observation de Babington et Currie est devenue celle de Marcet, et pourquoi les deux n'en font qu'une.

Cette fissiparité littéraire peut encore être poussée plus loin et donner lieu à une triparité par le mécanisme suivant.

Un chirurgien d'hôpital, M. Waren Tay, pratique la gastro-stomie dans le service d'un de ses collègues de médecine, M. Fenwick. Un assistant, M. Clippingdale, publie le fait. Un recueil quelconque en donne l'analyse sous le titre suivant : Clippingdale, gastro-stomie pour cancer de l'œsophage. Un autre, dans une *Revue* sur le sujet, s'exprime ainsi : « Un malade, atteint de cancer de l'œsophage, fut opéré de la gastro-stomie dans le service de Fenwick. » Un troisième change encore la forme et imprime : « Chez un patient opéré de la gastro-stomie par M. Waren Tay... »

Arrive un chroniqueur pressé, qui cherche aux tables, trouve une opération de gastro-stomie sous les noms de Clippingdale, de Fenwick et de Waren Tay, parcourt l'analyse plus ou moins courte donnée par le recueil, ne voit pas, bien entendu, qu'il s'agit de trois versions différentes du même fait, et écrit : « Parmi les cas de gastro-stomie terminés rapidement par la mort, nous citerons encore ceux de Fenwick, Clippingdale et Waren Tay. »

L'erreur n'est encore, à la vérité, qu'à l'état de germe, c'est-à-dire que nous n'avons encore trouvé que les trois versions différentes du fait de M. Waren Tay ; mais nous se-

rions bien étonné si un jour ou l'autre elle ne portait pas ses fruits, et si nous ne trouvions pas quelque part une reproduction de la phrase précédente.

Je ne puis quitter le livre de M. Péan sans lui faire un reproche.

Quand j'étais encore au lycée, on nous enseignait dès la classe de seconde, à propos des fonctions de l'estomac et des propriétés du suc gastrique, que William Beaumont avait pu observer de près la digestion stomacale par une ouverture permanente restée à la paroi abdominale et faisant communiquer l'estomac avec l'extérieur. Le sujet s'appelait Alexis Saint-Martin, c'était un Canadien, et sa fistule était consécutive à un coup de feu. Depuis, j'ai toujours entendu dire et j'ai toujours lu, même dans l'original (William Beaumont, *Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion*, Plattsburgh, 1833) que l'accident avait été causé par un coup de feu. Pourquoi M. Péan fait-il succéder la fistule à un coup de corne de taureau? Encore une question qui, je le crains bien, restera longtemps sans réponse satisfaisante.

Des erreurs plus graves encore ont été commises à propos d'une observation intéressante que Roux communiqua à 'Académie de médecine dans la séance du 10 avril 1828 (1).

Une femme, à la suite d'un accouchement laborieux, fut atteinte du côté de l'abdomen d'accidents graves qui se terminèrent par la formation d'un anus vaginal. D'après certains signes, et en particulier d'après la nature des matières qui sortaient par le vagin, Roux diagnostiqua que l'iléon s'abouchait dans ce conduit et résolut de pratiquer l'opération suivante : ouverture de l'abdomen à la partie inférieure,

(1) Voy. *Journal général de médecine*, 1828, t. CIII, p. 282.

recherche de l'anse lésée, dissection des adhérences de l'intestin avec le vagin, suture des deux bouts de l'intestin, rentrée de celui-ci dans le ventre et fermeture de la plaie pariétale.

La malade étant morte des suites de l'opération, on trouva à l'autopsie que le bout stomacal de l'intestin grêle, au lieu d'être réuni au bout rectal, avait été abouché avec le bout stomacal du côlon descendant; que par suite le bout rectal de l'iléon et du côlon descendant s'ouvraient librement dans la cavité abdominale.

Roux s'était donc trompé ; il n'avait coupé qu'en un point l'intestin grêle, divisé en travers le côlon descendant, et réuni le bout stomacal du premier avec le bout stomacal du second.

Les auteurs qui ont parlé de cette tentative malheureuse ont commis pour la plupart deux fautes. Ils ont d'abord tronqué le récit de manière à lui ôter presque tout son intérêt; puis, au lieu de recourir au texte original, si facile à trouver, ils ont préféré se copier les uns les autres. — Je fais exception pour Phil. Boyer, qui ayant assisté à l'opération, rapporta le fait dans tous ses détails dans son édition des Œuvres de son père (t. VII, p. 186), et pour M. Gendrin, qui donna sur le cas en question des commentaires intéressants dans le *Journal général de médecine* (t. CIII, p. 296, 1828). — Enfin, chose plus grave, les auteurs semblent n'avoir pas compris l'opération, car les uns ont confondu absolument ce que Roux avait fait avec ce qu'il avait voulu faire, et les autres lui ont attribué un procédé auquel il n'a jamais songé; celui-ci consisterait à insérer le bout stomacal de l'iléon dans le bout rectal du côlon.

C'est encore Velpeau qui, je crois, a introduit cette erreur

dans notre littérature. En parlant de l'opération de Roux, il dit en effet :

« Son intention était d'invaginer le bout de l'iléon préalablement séparé du vagin avec le bout inférieur du gros intestin, et de rétablir ainsi la continuité du tube digestif au moyen de la suture, telle qu'on l'a modifiée dans ces derniers temps..... La malade mourut et l'on s'aperçut à l'autopsie que l'organe qu'il aurait fallu placer en bas avait été dirigé dans le sens contraire. » (*Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 1832, t. III, p. 667, et 2e édit., t. IV, p. 455, 1839.)

Bégin a reproduit (nous n'osons dire copié, car il a un peu changé la forme) les idées de Velpeau, dans la seconde édition de ses *Éléments de chirurgie et de médecine opératoire* (1838, t. I, p. 436) :

« *Procédé de Roux.* — Dans un cas de ce genre, la communication existant entre le vagin et l'iléon, Roux, à qui la malade se confia, incisa la région hypogastrique, sépara du vagin la portion d'intestin perforé et voulut l'invaginer dans le gros intestin. Mais, à l'ouverture du cadavre, il se trouva que l'extrémité de l'intestin grêle, au lieu d'être introduite dans le bout inférieur du côlon, l'avait été dans son bout supérieur, ou gastrique. Une péritonite enleva la malade avant que les conséquences de cette erreur de lieu eussent le temps de se produire. »

On appelle cela, je crois, démarquer le linge.

Vidal (de Cassis) ne se donna pas même la peine de changer la forme, car il copia purement et simplement Bégin (*Traité de path. ext. et de méd. opér.*, 1841, t. V, p. 753).

Laugier est moins long, mais non pas plus exact. « Dans une observation d'anus anormal ouvert dans le vagin, M. Roux pratiqua, dit-on, la gastrotomie, détruisit les adhé-

rences de l'intestin avec la paroi du vagin, et tenta la réunion des deux orifices par la suture. » (Art. ANUS du *Dictionnaire en 30 volumes,* t. III, p. 371, 1833, et du *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 714, 1870.)

Laugier prend donc ce que Roux avait voulu faire pour ce qu'il avait fait. Ce qui est encore remarquable dans sa version, c'est le « dit-on » qui montre bien que l'auteur n'a pas lu l'original ; et cependant on en trouve QUATRE indications bibliographiques à la page 372 de son article du *Dictionnaire en 30 volumes.* Il est vrai que la bibliographie est de Dezeimeris. Dans l'article du *Nouveau dictionnaire,* il n'y a plus qu'une seule indication, incomplète par-dessus le marché.

Nélaton, à son tour, copie Laugier, comme Vidal avait copié Bégin (*Éléments de path. chir.*, t. IV, p. 330, 1857).

M. Sédillot décrit ainsi le procédé de Roux : « M. Roux conçut l'idée hardie de fendre la paroi abdominale, de détacher du vagin la portion d'intestin qui y aboutissait et d'invaginer celle-ci dans le gros intestin. L'opération fut exécutée, la malade mourut, et à l'autopsie, on reconnut que l'intestin détaché avait été invaginé, non pas dans la portion rectale du gros intestin divisé, mais dans le bout supérieur. » (*Traité de médecine opératoire,* 1846, p. 870. — Passage reproduit dans les éditions subséquentes.) Cette idée attribuée à Roux doit être laissée pour compte à M. Sédillot. C'est, du reste, une réédition de celle de Velpeau.

Jobert, écrivant en 1852 un traité complet sur les fistules vaginales, consacre un chapitre à la variété intestino-vaginale dont il cherche à donner une description générale (*Traité des fistules vésico-utérines,* etc., p. 241). Il lui eût été facile sans doute de lire l'observation de Roux, cependant il trouva plus simple de citer d'après son ami Bégin ; mais,

comme il l'avoue, son péché doit lui être à moitié pardonné. Quand je dis à moitié, c'est peut-être trop, car Jobert fut cause que cette série d'erreurs, commençant à Bégin, s'est continuée en Allemagne.

M. G. Simon (*Monatsschrift für Geburtskunde*, t. XIV, p. 447, 1859) recopia Jobert et fut à son tour copié par ses compatriotes, MM. Hegar et Kaltenbach (*Die operative Gynäkologie*. Erlangen, 1875, p. 366). Ceci nous montre que le plagiat est cosmopolite. Nous le savions déjà.

La citation inexacte et trop concise du texte de Roux a donné naissance à une troisième version de son opération. C'est M. Heine qui s'en est rendu l'auteur involontaire (*Archiv für klin. Chir.*, t. XI, p. 512).

« On a proposé, dit-il, et en partie exécuté trois moyens principaux pour rétablir le passage continu des matières fécales jusqu'à l'anus.

» Le premier, le plus court mais aussi le plus dangereux, consiste à conduire, par une opération simple, la totalité des matières stercorales de l'intestin grêle dans le segment le plus inférieur du conduit intestinal. Nous avons à peine besoin de faire remarquer que par ce moyen toute la portion de l'iléon placée au-dessus de l'ouverture vaginale, ainsi que plus grande partie du gros intestin, est exclue de la préparation et de la circulation des fèces.

» Roux, dans un cas, pratiqua cette implantation de l'intestin (*Darmüberpflanzung*) dans l'intérieur même de la cavité abdominale après laparotomie préalable. Pour cela, il sépara du vagin l'intestin perforé et l'introduisit dans une ouverture fraichement faite du gros intestin (côlon descendant?), et le réunit avec celui-ci dans toute son étendue. Le texte incomplet laisse indécise la question de savoir si on

sutura avec le côlon toute la section transversale du bout supérieur de l'iléon, ou seulement le point de la paroi où siégeait la perforation latérale. La malade mourut de péritonite. L'autopsie montra que l'intestin grêle avait été introduit dans le bord stomacal du côlon au lieu de l'être dans le bout anal. »

Et cependant les relations originales (de Boyer, du *Journal général de médecine*, du *Bulletin des sciences médicales*, t. XIV, p. 70, de la *Clinique des hôpitaux*, t. II, p. 129) sont assez explicites sur ce point pour que la question ne reste pas indécise. Roux saisit d'abord une partie de l'anse comprise dans l'anus contre nature, puis une seconde qui lui paraît être l'autre moitié de l'anse: il coupe celle-ci en travers, divise également l'autre, rapproche les deux bouts de l'intestin et les réunit par quatre points de suture. On voit qu'il n'est question ni du gros intestin, ni de réunion de celui-ci avec la perforation latérale de l'intestin grêle.

Heine, citant Roux d'après Jobert et Simon, a évidemment été induit en erreur par ces écrivains.

On reste confondu en voyant des questions de cette importance traitées avec une pareille légèreté.

Passons à un autre exemple des citations par voie indirecte. Celui-ci est très intéressant par la multiplicité de ses détours.

M. Cavazzini rapporte, dans la *Gazetta medica italiana provincie venete* du 22 mars 1879, un cas très curieux d'ouverture de l'estomac dans une ablation de tumeur de la paroi abdominale antérieure. Il dit à ce propos :

« En 1859, le professeur Fedeli a extrait un os de l'estomac par la voie épigastrique, » et il renvoie à *Ann. univ. di med.*

chir., parte Rivista, vol. 214, p. 413-416. Or l'article de ce recueil, dit *Annales d'Omodei*, renvoie à son tour à Corradi, *Della chirurgia in Italia*, etc., p. 435, lequel a pris le fait dans Mair, *Fremde Körper die von aussen in den Organismus eingedrungen sind*, München, 1861, p. 81 (1). Je n'ai pu consulter l'original, qui n'existe pas à la bibliothèque de notre Faculté de médecine, mais il est à supposer que l'observation de Fedeli, chirurgien italien, trouvée dans un ouvrage allemand, remonte à une source plus élevée encore d'un degré au moins; elle ne serait donc arrivée à M. Cavazzini qu'au quatrième ricochet.

Je n'insiste pas sur les inconvénients de ces citations secondaires successives qui tendent non seulement à augmenter les fautes d'impression des indications bibliographiques, mais encore à déformer le fait lui-même. Je me contenterai de rapporter un cas destiné à démontrer comment et jusqu'à quel point une observation peut changer d'objet en passant d'un milieu honnête dans un autre qui l'est moins, et les conséquences funestes qui en résultent pour la littérature médicale.

Il y a quelques mois, un chirurgien des hôpitaux de Paris, probablement sous l'influence de cette affection particulière à quelques chirurgiens contemporains et que notre cher maître M. Verneuil a appelée si spirituellement *prurigo secandi*, pratiqua sur l'homme, le premier en France et dans le monde entier, la résection d'une partie de l'estomac et du pylore atteints de cancer. Le malade mourut au bout de quelques jours. L'observation fut rapportée avec beaucoup de

(1) Ce travail, d'après l'indication qu'en donne Bardeleben dans le *Canstatt's Jahresbericht* de 1861, IV Bd, p. 37, fait partie d'un ouvrage intitulé : *Handbuch der prakt. Chirurgie in Monographien*, 7e Abth., par J. Mair.

détails par notre confrère M. le docteur Brochin fils, qui en fit l'objet d'une communication très intéressante à la Société de médecine pratique de Paris (1). Jusque-là, rien de mieux.

Mais par quelles mains aussi habiles que mystérieuses passa-t-elle, avant d'arriver de la presse médicale à la presse politico-littéraire? Je ne sais. Toujours est-il qu'elle reparut peu après dans un grand journal, mais transformée, embellie, enjolivée, dépouillée de son voile de deuil, parée même de fleurs... de rhétorique. Le chirurgien avait enlevé la partie malade de l'estomac comme on enlève d'un fruit la partie détruite par la pourriture, puis avait recousu et replacé l'organe dans le ventre; l'opéré avait merveilleusement guéri, mangeait et digérait comme tout le monde (qui mange et digère bien, s'entend).

Ceci n'est encore qu'à demi-mal; car enfin, pendant les vacances des Chambres, les grands journaux sont bien en peine de remplir leurs colonnes, et les rédacteurs changent alors assez volontiers leur bonne plume de Tolède contre une vulgaire plume de canard (ou à canards, cela peut se décliner). Mais le pire, c'est que la pauvrette, devenue si jolie et si pimpante, a fait la conquête de je ne sais qui, un prince russe peut-être, jeune, naïf et plein d'illusions, avec qui elle s'est envolée par delà les monts. Le journal italien *Il Diritto* l'accueillit avec un empressement digne d'une étrangère de distinction plus authentique, mais elle s'y comporta si bien, y prit un tel air d'honnêteté, que la meilleure société lui ouvrit ses portes, et que notre honorable confrère M. le docteur Luigi Casati la réintroduisit dans la presse médicale.

(1) Voyez la *France médicale* du 23 août 1879, p. 539.

En effet, ayant trouvé le fait en question sans indication bibliographique dans le journal *Il Raccoglitore medico*, dirigé par M. Casati, j'écrivis à cet excellent confrère pour le prier de vouloir bien me dire de qui il le tenait. « Je l'ai trouvé, me répondit-il, dans un journal politique, *Il Diritto*, de Rome. Comme il a été publié dans divers organes dignes de foi, j'ai cru pouvoir le reproduire dans mon journal. »

Toutefois, comme s'il eût conservé un reste de doute sur l'origine de sa trouvaille, M. Casati l'a laissée un peu dans l'ombre, car, lorsque je l'ai recueillie, elle était timidement reléguée à la dernière page du numéro, avant les réclames commerciales ou autres.

Voici ce qu'on lit dans *Il Raccoglitore medico* du 10 septembre 1879, n° 7, p. 232 :

« *Amputation partielle de l'estomac pratiquée avec succès.* — A l'hôpital Saint-Louis de Paris a été exécutée, avec terminaison heureuse, cette nouvelle et extraordinaire opération chirurgicale.

» Il y a environ un mois, un jeune homme d'environ vingt-deux ans, nommé Hippolyte, avala de l'acide sulfurique, croyant boire de l'eau que devait contenir la bouteille.

» A la suite de ce malheureux accident, le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Louis, en proie aux plus atroces souffrances, provoquées par la brûlure interne produite par le caustique.

» Le chirurgien de service, ayant diagnostiqué qu'une partie de l'estomac, gravement affectée, était atteinte de gangrène, tenta *in extremis* une opération terrible.

» D'un coup de bistouri il ouvrit l'abdomen du blessé, mit l'estomac à nu, et, saisissant avec une pince cet organe, l'attira entièrement hors du ventre; puis, ayant bien limité la

portion gangrenée, il la sectionna dans l'étendue de quelques centimètres et enleva complètement tous les points mortifiés. Cela fait, on sutura la plaie énorme qui avait été faite, et on replaça exactement l'estomac dans sa position.

» Après cette opération chirurgicale, les plaies se cicatrisèrent complètement, et aujourd'hui le malade est hors de danger, peut manger, boire et digérer comme auparavant (1). »

Les différences qui existent entre la version de M. Brochin et celle de M. Casati sont très grandes, et l'on pourrait facilement croire qu'il s'agit de deux faits différents. Cela m'étonnerait bien. En tout cas, la relation précédente est certainement dénuée de toute espèce de fondement sûr, car je suis allé aux informations, et voici ce que j'ai appris :

Les chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis sont MM. Le Dentu et Péan. Or M. Le Dentu m'a dit n'avoir pratiqué aucune opération de ce genre. D'autre part, un des internes de M. Péan, M. Lebec, m'a affirmé que rien de semblable ne s'était passé à l'hôpital Saint-Louis.

Un grand nombre de chirurgiens et d'internes des hôpitaux, auxquels j'ai parlé de ce fait, m'ont déclaré n'en avoir eu connaissance que par les journaux politiques.

Ceci suffit, je pense, pour enlever à notre voyageuse tout caractère d'authenticité.

Jusqu'ici je n'ai pas encore trouvé d'autres traces de l'intrus dans la presse médicale italienne, mais tout porte à croire qu'elle y fera son chemin comme tout bon canard, à moins que, bien avisés, les journalistes italiens ne mettent

1. Je tiens l'original à la disposition des incrédules qui ne veulent croire que ce qu'ils ont vu.

en juste suspicion ce produit de notre industrie nationale désignée sous le nom de *réclame* (1).

Une autre cause d'erreur qui n'est encore également qu'en germe, je le crois du moins, est la suivante :

Lorsqu'on traduit un ouvrage d'une langue dans une autre, il est d'usage de laisser les indications bibliographiques dans leur idiome primitif. Je crois qu'on a raison, mais je crois aussi qu'on ne ferait pas mal d'ajouter ensuite, entre parenthèses, la traduction du titre susdit. Souvent aussi, dans l'ouvrage que l'on traduit, se trouvent des titres de travaux transportés de leur idiome dans celui de cet ouvrage ; alors on laisse parfois aussi ce titre dans le *statu quo*, ce qui cette fois est un tort, comme l'a déjà fait remarquer notre excellent ami M. Sevestre.

En parlant de la traduction du *Traité des maladies du cœur* de Friedreich, par MM. Lorber et Doyon, M. Sevestre dit, en effet : « Pour les indications bibliographiques, il peut être intéressant d'avoir la traduction du titre des mémoires étrangers. Friedreich l'avait fait pour quelques travaux français (et il cite volontiers les Français), et lorsqu'il parle d'un

(1) Peu s'en est fallu que mon pronostic se soit réalisé.

Dans le journal *Lo Sperimentale* de mars 1881, M. le docteur Andréa Cecchorelli a écrit une *Revue générale sur la résection de l'estomac*. Les recherches qu'il dut faire dans ce but l'amenèrent à lire la note d'*Il Raccoglitore medico*. Le fait lui parut à bon droit suspect, d'autant plus que ce journal ne donnait aucune indication bibliographique, et que M. Ceccherelli n'en trouva aucune trace dans le *Canstatt's Jahresbericht*, ni dans la *Revue des sciences médicales* d'Hayem. Aussi le cite-t-il seulement pour *exactitude historique*. « Il est clair, dit-il, que ce n'est pas celui de Péan, ni celui de Herf, tiré du *Saint-Louis Clinical Record*. » C'est l'analogie de nom entre l'hôpital Saint-Louis et le journal américain qui a porté M. Ceccherelli à faire ce rapprochement, mais il ne l'a fait que pour l'écarter ensuite. Notre confrère italien n'ayant pas lu mon feuilleton de l'*Union médicale*, ainsi qu'il me l'a appris récemment, c'est donc à sa sagacité seule qu'il doit d'avoir évité le piège. Ce dont nous le félicitons.

ouvrage traduit en allemand, c'est à cette traduction qu'il renvoie le lecteur. MM. Lorber et Doyon n'ont cru pouvoir mieux faire que de copier textuellement les indications de Friedreich, et le lecteur français est invité à se reporter à une traduction allemande de Bouillaud, Laënnec, Gendrin, etc. Ou bien encore il trouve cité un mémoire d'Aran avec ce titre : Aran, *Ueber die Zeichen und Diagnose der Insuff. der Aortklappen* (*Arch. de méd.*, nov. 1842). — Et ailleurs : Duroziez, *Du double souffle intermittent crural* (*Arch. de méd.*, 1861). — Derselbe, *Ueber den Dicrotismus*, etc. (*Gaz. hebd.*, 1865). Qui sait si l'on n'attribuera pas ce mémoire à un Allemand du nom de Derselbe? » (*Mouvement médical*, 1873, p. 60).

Le travailleur qui, ne sachant pas l'allemand, voudra lire le *Traité des résections* de Heyfelder dans la traduction de M. Bœckel, sera exposé à faire la même faute, car, dans la bibliographie de la page 7, il trouvera, après G. Mayer, *Ueber Resection und Decapitation*, Diss. Erlangen, 1829, un autre auteur du nom de Derselbe, qui a fait un travail intitulé : *Operatio resectionis conspectu chronologico adumbrata*, Erlangen, 1832. M. Bœckel, traduisant le livre en français, aurait bien dû traduire également *Derselbe* et éviter cette cause d'erreur future. Donc le mieux est de toujours laisser les indications bibliographiques dans leur langue primitive.

Ajoutons, pour ceux qui ne le sauraient pas, que *Derselbe* et *idem* ont, en bibliographie, les mêmes fonctions. Il ne faut donc pas les prendre pour un nom d'auteur. Et qu'on n'aille pas croire que pareille méprise soit impossible. J'ai, en effet, entendu bien des fois raconter qu'un chirurgien très distingué, mais ignorant la langue allemande, ce qui lui

était permis, disait à sa clinique, à propos d'un fait, qu'il en avait lu un tout semblable dans les archives de M. Heilkunde. Les *Archiv der Heilkunde* sont bien connues, mais *Heilkunde* veut dire *thérapeutique* et n'est pas plus un nom d'homme que le Pirée.

Je voyais encore dernièrement, dans une thèse d'ailleurs bien faite, sur les variations physiologiques dans l'état anatomique des globules du sang, par M. Dupérié, *Das Blutes* (le sang) parmi les noms d'auteurs à l'index bibliographique.

Je résumerai tout ce qui précède en disant que si certaines erreurs bibliographiques doivent être laissées pour compte au typographe, l'immense majorité doit être attribuée à l'auteur, qui n'a pas vérifié ses citations.

SUR LA MÉTHODE A SUIVRE

DANS LES

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

A M. Ch. R..., de la « REVUE SCIENTIFIQUE ».

Mon cher ami,

Permettez-moi de vous appeler ainsi, car bien que vous n'ayez signé que de vos initiales l'article de la *Revue scientifique* (1), qui m'a engagé à écrire celui-ci, je n'ai pas hésité un seul instant pour savoir à qui je devais l'attribuer.

J'ai lu avec infiniment de plaisir et d'intérêt les réflexions que vous a suggérées la conférence faite par M. Billings au Congrès de Londres et dont votre *Revue* a donné la traduction (2). J'ai moi-même, à diverses reprises, parlé des difficultés que rencontrent les étudiants, jeunes ou vieux, qui se livrent aux recherches bibliographiques, et si je reprends la plume à cette occasion, ce n'est pas pour réclamer une

(1) Ch. R., De la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques, in *Revue scientifique*, numéro du 1er juillet 1882, p. 19.

(2) J. S. Billings, *Our medical literature*, in *Trans. of the internat. med. Congress*, London; 1881, vol. I, p. 55, trad. dans la *Revue scientifique*, 1882, vol. XXIX, p. 586.

priorité qui, si on cherchait tant soit peu, remonterait peut-être bien haut, mais pour me féliciter de vous avoir pour allié dans la défense d'une cause que je considère comme d'une extrême importance.

Si vous voulez bien vous reporter à l'*Union médicale* de 1879 (t. XXVIII, p. 749), vous verrez qu'après avoir retrouvé une observation de Chopart perdue dans la littérature médicale depuis un siècle, j'ai indiqué la marche à suivre pour remonter avec plus ou moins de certitude aux sources cherchées. Je dis « avec plus ou moins de certitude » parce que, comme vous, je pense qu'on ne saurait avoir la prétention de donner une recette infaillible pour éviter tous les écueils semés sur la route du bibliographe. L'année suivante, j'ai poursuivi ma campagne en publiant soit dans l'*Union médicale*, soit dans la *Gazette hebdomadaire*, plusieurs feuilletons *Sur les erreurs en bibliographie médicale* (1) et sur l'auteur de la première résection de l'épaule pour carie (2). Après chacune de ces études, je me suis efforcé de donner quelques conseils sur les procédés de la méthode bibliographique. Vous trouverez, je crois, qu'ils sont conçus dans le même esprit que les vôtres. Les feuilletons déjà publiés font du reste partie d'un plus long travail en voie de préparation qui paraîtra bientôt, si le temps me le permet; aussi n'ai-je pas l'intention d'insister beaucoup aujourd'hui sur la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques; je viens seulement vous faire part de quelques remarques que la lecture de votre article m'a inspirées.

La première est relative à la manière dont il faut donner une indication bibliographique pour qu'elle soit bonne. Vous

(1) *Union médicale*, 1880, t. XXIX, p. 453 et suiv.
(2) *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1880, p. 145 et suiv.

prenez comme exemple celle de l'expérience de Dupuy, que vous citez d'après Longet : *Traité de physiologie*, 3e édition, 2e tirage, page 558, note 4, tome III. J'écrirais cette indication autrement, et voici pourquoi. Supposez que vous vouliez consulter un ouvrage de votre bibliothèque, ayant plusieurs éditions et plusieurs volumes, celui de Longet, si vous voulez ; la première chose que vous chercherez, c'est l'édition de l'ouvrage, puis le volume de l'édition, puis la page de ce volume, et enfin le passage voulu. Il faut donc que vous conserviez cet ordre dans votre indication, et pour donner celle du passage de Longet, par exemple, je crois qu'elle doit être libellée comme il suit : Longet, *Traité de physiologie*, 3e édition, tome III, page 558, note 4 (1).

Vous remarquerez que je ne tiens pas compte du tirage. C'est qu'en effet le 2e tirage n'est que la reproduction intégrale d'une édition donnée, et l'indication du tirage n'a aucune importance. S'il faut donner dans une indication bibliographique tous les détails nécessaires, je pense qu'il est inutile d'y faire entrer ceux qui sont superflus, car une indication à cinq termes, comme celle qui nous sert d'exemple, est déjà assez compliquée pour qu'on soit excusable de n'y pas faire entrer un sixième qui n'y a que faire.

Par contre, il est un détail que vous avez omis et auquel j'attache une assez grande importance : c'est la date de la publication du volume cité. Cette date, mise au bout d'une indication, vous renseigne immédiatement sur les relations qui

(1) Je rappelle à ce sujet deux conseils que je donnais à mon ami G. H. : « Lorsque vous citerez un texte, ayez la bonté : 1° de ne pas omettre les quelques mots dont la présence pourrait contrarier l'opinion que vous défendez ; 2° d'indiquer exactement la page du volume de l'édition de l'ouvrage auquel vous ferez l'emprunt » (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 145 et plus haut, p. 2). C'est le même ordre que celui que je vous propose, mais suivi en sens inverse pour les besoins de la phrase.

peuvent exister entre deux ou plusieurs documents dont vous n'avez que les titres sous les yeux, et cette notion devient de première nécessité quand il s'agit de faire l'histoire des progrès d'un point donné de la science; je dirai même que la bibliographie n'est guère utile qu'à cette condition, ce qui augmente encore l'importance de la date dans une citation.

Deux colonnes plus loin vous revenez, il est vrai, sur les caractères que doit posséder une indication pour être exacte et complète, et cette fois je ne puis que vous louer : « Il faut, dites-vous, donner le titre du mémoire, le journal où il a paru, avec son année et sa tomaison, la page où se trouve le mémoire et celle où se trouve la citation. »

La date partage son importance avec la tomaison du volume lorsque, dans une publication périodique, plusieurs volumes paraissent dans la même année. Le *Journal de médecine* de Corvisart, par exemple, que vous avez cité à propos du travail de Dupuy, avait trois volumes par an, et ce travail se trouve dans le tome III de l'année, 37e de la collection, page 340. Ce qui est nécessaire pour un recueil dont trois volumes paraissent par année, l'est encore davantage pour ceux qui ont quatre volumes et plus dans le même laps de temps. D'autres collections sont divisées en séries, les *Archives de médecine*, les *Bulletins de la Société de chirurgie*, etc. Beaucoup d'auteurs mentionnent la série dans le libellé de leur indication; mais avec la date et la tomaison qui suffisent pour s'y reconnaître à coup sûr, la série est superflue, partant inutile.

Il en est de même pour tout recueil paraissant par volumes annuels. On peut se contenter d'indiquer le volume par la date.

Il ne faudrait pourtant pas trop se fier à l'exactitude des

indications fournies par les dates. Vous savez, en effet, mon cher ami, que la plupart des ouvrages, des gros volumes bien entendu, sont post-datés, c'est-à-dire qu'ils portent un millésime postérieur à l'année de leur publication. Tel ouvrage paru en 1860, par exemple, porte, sur son titre, la date de 1861.

Ceci n'a pas grand inconvénient quand le volume paraît dans le dernier mois ou, à la rigueur, dans les deux derniers mois de l'année. Mais l'inconvénient est réel quand l'écart est de plusieurs mois, et comme cet écart tend à s'agrandir de plus en plus, il est bon de le signaler. Que dire, par exemple, d'un ouvrage qui, paru en mai, porte déjà la date de l'année suivante? Je m'évertue à chercher la raison qui a conduit l'auteur ou l'éditeur à procéder ainsi et je ne puis trouver de motif plausible. J'y vois, au contraire, un gros inconvénient. Soit un ouvrage didactique publié maintenant, en août 1882, et portant déjà la date de 1883. Qu'il paraisse dans quinze jours un article important, contenant une idée nouvelle et bonne sur le sujet traité; ni l'idée ni l'article ne seront mentionnés dans le livre didactique, qu'on pourra accuser, dans quelques années d'ici, alors que l'époque exacte de la publication des deux travaux se sera effacée de la mémoire des contemporains, d'un déni de justice à l'égard de l'auteur de l'article important.

Supposons d'autre part que vers la fin de l'année il paraisse, sur le même sujet, une *Revue générale* ayant puisé à larges mains dans l'ouvrage didactique, sans mentionner celui-ci, pour une raison quelconque. L'auteur de l'ouvrage sera-t-il bien fondé à réclamer? C'est selon. « Comment voulez-vous, pourra-t-on lui répondre, que j'aie pu parler dans ma *Revue* publiée en 1882, de votre livre daté de 1883? » Cette

réponse ne vaut peut-être pas grand'chose sans doute, mais enfin c'est le gros livre qui a commencé.

Pour éviter toute querelle sur ce point, et vous savez si la revendication de la priorité est un terrain fertile en querelles dans notre littérature, je pense qu'il suffirait d'introduire une toute petite réforme dans l'impression des ouvrages.

L'impression d'un travail de 500 pages, corrections comprises, demande en moyenne six mois et souvent plus. Or, entre le tirage de la première feuille et celui de la dernière, on peut mettre au jour bien d'autres travaux sur le même sujet. Cependant l'ouvrage entier porte la date de la préface, ou du titre, et il n'est pas impossible qu'une idée exprimée dans la première feuille soit rééditée par un autre auteur avant le tirage de la dernière; celui-ci peut dès lors réclamer pour lui une priorité à laquelle, en réalité, il n'a nullement droit, mais que les dates lui accordent néanmoins. Que faire pour éviter toute contestation en pareil cas? Voici ce que je propose.

Vous savez, mon cher ami, qu'en bas de chaque feuille *on* indique le nom de l'auteur et le numéro de la feuille. Ne serait-il pas juste d'ajouter à ces indications la date du bon à tirer? Je le crois, et si l'on trouve utile de donner les deux premières pour renseigner le brocheur sur l'ouvrage auquel la feuille appartient, peut-être ne trouvera-t-on pas inutile d'en donner une troisième pour renseigner aussi le lecteur sur la date exacte de la rédaction définitive du chapitre qu'il lit.

Dans un autre passage de votre article, vous conseillez aux lecteurs qui trouvent une bonne bibliographie sur un sujet quelconque, de l'indiquer et d'y renvoyer. Le conseil est

excellent, car si l'on en tenait compte il aurait pour avantage, entre autres, d'éviter à l'auteur de recopier une liste souvent longue d'indications bibliographiques, comme on en trouve à la fin de maint article de dictionnaire et de mainte thèse d'agrégation, et de s'exposer par là aux *lapsis calami* et *typographiæ* qui ne sauraient manquer d'y naître. Mauvaise herbe croît partout.

Malheureusement, mon cher ami, si bon que soit votre conseil, je crains qu'il ne soit guère suivi. Le moyen d'empêcher l'auteur d'un livre, gros ou petit, de prendre une bibliographie toute faite, d'en changer l'ordonnance et d'en refaire une autre à son usage avec les fragments? Elle n'a plus la même tournure, donc ce n'est pas la même, et les deux, quoique l'une soit la mère et l'autre la fille, n'ont évidemment rien de commun entre elles. Car, vous dit-on, la bibliographie n'appartient à personne, et sous ce mauvais prétexte on reproduit comme siens, selon ses besoins et sans croire mal faire, des index bibliographiques qui ont coûté souvent bien des peines et du temps à celui qui les a rédigés. Celui-ci, il est vrai, est parfois récompensé par la mention pure et simple de son travail, au même titre que le premier venu, dans le nouvel index. De quoi se plaint-il? Ne lui a-t-on pas laissé sa chemise après lui avoir enlevé ses vêtements? L'ingrat!

Notre regretté maître Broca s'est, un des premiers, élevé vigoureusement contre cette érudition factice (1). D'autres ont fait comme lui; qu'en est-il résulté?

Plus tard M. Jaccoud, dont les articles de bibliographie, toujours très étendus, ont été souvent soumis à cette contribution forcée, s'est vu dans la nécessité de protester aussi

(1) Voy. plus haut, p. 63.

contre cette coutume, qui, en somme, n'est pas très loyale. En tête de la bibliographie de l'article DIABÈTE du *Dictionnaire* dont il est le directeur, M. Jaccoud a mis ces lignes :

« La bibliographie générale du diabète a été quelque peu négligée jusqu'ici ; j'ai apporté un soin particulier à la formation de celle qui suit, et je la présente suivant une méthode *nouvelle*, qui me paraît propre à en accroître notablement l'utilité pratique. J'espère que si l'on fait à cette bibliographie l'honneur de quelque emprunt, on voudra bien en même temps en indiquer l'origine. » Cette protestation contre la mode était aussi une invitation à ne pas la continuer. Protestation et invitation n'ont eu guère plus d'effet que l'indignation de Broca. Plus d'un s'est encore taillé une petite bibliographie dans celle de M. Jaccoud et l'a faite sienne sans en dire la source. On lui a même emprunté jusqu'à sa méthode.

Aussi bien, quel compilateur n'a pas été plus ou moins victime de ceux qui ont traité après lui le même sujet ? Depuis que j'ai l'honneur d'appartenir à la bibliothèque de la Faculté de médecine, j'ai publié, profitant des richesses qui sont à ma disposition, quelques études historiques et bibliographiques sur des sujets d'actualité : pansement de Lister, médication salicylée, gastrotomie, morphiomanie, métallothérapie, etc. Je suis sûr que mes études ont été mises maintes fois à contribution par des auteurs trop occupés pour pouvoir faire des recherches aussi étendues que l'indiquerait leur index ; j'en suis d'autant plus sûr que j'y ai retrouvé diverses fautes de typographie qui s'étaient glissées dans mes épreuves et que le correcteur y avait laissées. Je ne vous étonnerai pas, mon cher ami, en vous disant que bon nombre de mes emprunteurs n'ont pas même reconnu leur dette en citant mes

travaux. L'un d'eux a fait encore mieux; après avoir rapporté des observations étrangères et m'en avoir emprunté en partie la traduction, il a déclaré n'avoir eu connaissance de mon travail qu'après avoir terminé le sien, et m'a reproché en outre d'avoir oublié de mentionner une observation. Or celle-ci est postérieure d'un an à mon mémoire. Il est probable que, si mon emprunteur avait fait lui-même les recherches nécessitées par le sien, il se serait aperçu de cette différence de dates, si peu de soin qu'il eût apporté à ses recherches.

Mais je n'insiste pas sur ces petites misères de la nature humaine.

Il est une chose qui vous a frappé à juste titre dans la constitution d'un bon index bibliographique : c'est l'élimination des documents inutiles. Je connais d'immenses index (je devrais dire *indices*, mais on pourrait confondre; je laisse donc index), composés d'indications parfaitement exactes et qui m'ont fait perdre plus de temps peut-être que s'ils n'eussent pas existé. Prenons, si vous voulez bien, un exemple schématique, pour parler votre langage de savant. Je fais des recherches sur le diabète palustre (je dis diabète, bien entendu, comme je dirais fièvre typhoïde ou autre chose), et je consulte une excellente thèse sur le diabète, thèse fort travaillée, thèse remplie d'indications exactes, mais quelles indications! D'abord tout ce qui a été écrit sur le diabète y est mentionné, et vous savez, vous qui avez l'habitude des journaux étrangers, anglais surtout, combien on trouve de petites notes insignifiantes, de demandes et réponses, à la fin de chaque numéro; eh bien, toutes ces petites notes, dont une à peine sur 100 mérite d'être lue, font partie de l'index. Pourquoi? parce qu'on s'est contenté de relever, sans même les regarder, tous les travaux

indiqués à la table des matières de chaque volume des publications périodiques.

Ensuite, les bons travaux sur le diabète ont été analysés dans différents recueils; l'auteur, voulant avoir une bibliographie complète, a mentionné toutes ces analyses, en français, en anglais, en allemand, en italien, avec l'indication toujours aussi exacte, mais sans nous prévenir qu'il s'agit de l'analyse d'un travail original dont il nous a donné le titre quelques lignes plus haut. Les habitués de la bibliographie savent souvent démêler cette ruse, et sautent ces indications, que je qualifierais volontiers de fallacieuses; mais le commun des mortels ne peut que s'y laisser prendre. Les habiles eux-mêmes n'évitent pas toujours le danger, pour peu que le nom de l'auteur soit estropié, ce qui est fréquent, ou que la date du travail soit erronée par la faute du compositeur ou du copiste, ce qui est loin d'être rare.

L'élimination en pareil cas doit donc porter sur deux ordres de travaux : les notes sans valeur, et les analyses des travaux importants. Mais comme la longueur de l'index en aurait été diminuée, et comme l'amour-propre de l'auteur en aurait souffert !

Un des plus beaux exemples de ce genre de travail est la thèse d'agrégation. Permettez-moi de vous décrire ce que j'appellerai le développement physiologique de ladite thèse(1).

Les sujets, vous le savez, sont tirés au sort parmi un certain nombre de questions proposées par le jury. Tantôt le

(1) Ce passage est tiré de l'*Union médicale*, 1881, t. XXXIII, p. 293 Il est superflu, je pense, de déclarer que cette critique d'une épreuve du concours laisse toute personnalité de côté. En disant comment les choses se passent, je ne puis évidemment songer à blâmer ceux qui sont obligés de se soumettre au règlement, qu'ils soient juges ou candidats.

sujet peut être traité à l'aide de matériaux déjà publiés et épars dans la science; tantôt, la question ayant encore beaucoup de points obscurs, nécessite de la part des candidats des expériences personnelles. Dans les deux cas, les concurrents s'efforcent de rassembler le plus de matériaux possible, et pour cela font appel au ban et à l'arrière-ban de leurs amis, internes, externes, bénévoles, surtout de ceux qui savent les langues étrangères. Les collaborateurs réunis, le candidat trace à chacun sa besogne : l'un dépouillera tels recueils français, l'autre tels recueils allemands, un troisième tels recueils anglais, etc. Tous prendront note des travaux déjà publiés, et analyseront ceux qui leur paraîtront les plus importants.

Ici je fais une première remarque. Chacun des collaborateurs, plus ou moins compétent dans la question, juge à sa façon les documents qu'il rencontre; tel lui paraît important qui ne l'est pas, et il peut arriver qu'il ne donne qu'en indication bibliographique une courte mais substantielle note, renfermant une idée originale, sans qu'il s'en doute, et qu'il ne juge pas digne d'une plus ample mention. Ce n'est pas toujours sa faute : il faut qu'il aille vite, et la rapidité du travail en diminue souvent la qualité. Il est superflu de dire que si quelqu'un des juges a écrit quelques lignes sur la question, elles sont soigneusement reproduites ou analysées, commentées, et doucement critiquées, sinon approuvées.

Pendant cela, le principal intéressé se met au courant de la question en lisant les trois ou quatre travaux les plus récents sur la matière. Si le sujet le comporte, il rassemble tout ce qu'il peut de notes et d'observations inédites, en s'adressant à ses anciens chefs, aux médecins ou chirurgiens placés à la

tête des grands services, etc., ou bien il fait, plus ou moins aidé, un certain nombre d'expériences. Au fur et à mesure que les matériaux arrivent, il les classe suivant les différentes divisions de son travail, fait et modifie son plan, et une dizaine de jours avant l'impression de la thèse il se met à la rédaction.

Celle-ci se fait de diverses manières. Les uns, rejetant tous les faits particuliers, toutes les observations non concluantes, se contentent tout simplement de faire en 150 pages au plus l'exposé de la question, en y ajoutant un aperçu historique rapide, quelques observations bien choisies, peu de critique, et une bibliographie sobre du sujet. Ce sont, en général, les meilleures thèses. Mais... *rara avis*.

D'autres, ne pouvant se résoudre à laisser de côté un seul des documents venus à la connaissance de leurs compilateurs, les rangent, les classent, et les font entrer tous, bon gré, mal gré, dans les subdivisions de leur cadre; ils publient ainsi 300, 400 pages de matériaux plus ou moins indigérés, et terminées par un index bibliographique de 15 à 20 pages. Ce ne sont pas là toujours les meilleures thèses.

D'autres encore, s'il s'agit de la description d'une maladie, distribuent la rédaction entre leurs collaborateurs : l'un fait l'historique et la bibliographie, l'autre l'étiologie et la pathogénie, l'autre les symptômes, etc., et le candidat recoud le tout ensemble s'il en a le temps. Il arrive donc souvent que les thèses faites de cette façon manquent un peu d'homogénéité, cela se conçoit.

Ceux enfin qui ont fait des expériences personnelles, tout en suivant pour la compilation l'exemple de leurs concurrents de l'une des catégories précédentes, comparent les résultats qu'ils ont obtenus ou cru obtenir avec ceux des auteurs qui

ont traité le même sujet avant eux, et posent des conclusions « sous toutes réserves ».

Quelle peut être la valeur de travaux faits dans de telles conditions? Chaque collaborateur, pour accomplir sa tâche, se borne, en général, à consulter les *Revues* de médecine, de chirurgie, de physiologie, de chimie, etc. : *Records*, *Centralblatts*, *Jahrbüchers*, *Iahresberichts*, etc., tout y passe. Et qu'arrive-t-il? Tous ces documents sont de seconde main, et il est bien rare qu'on remonte à la source : on n'a pas le temps. Alors on analyse des analyses, on résume des résumés, on copie des indications bibliographiques agrémentées peut-être d'une ou deux fautes d'impression qu'on reproduit religieusement, à moins qu'on n'en ajoute. Ou bien, chaque collaborateur cherchant de son côté, il peut arriver que le même fait français, reproduit en anglais, en allemand et en italien, soit analysé séparément par chacun d'eux : M. Billings nous a déjà dit cela. Le rédacteur pressé ne vérifie pas, et souvent le même fait en devient plusieurs, parfois même sous le nom d'auteurs différents.

Il peut se faire aussi que la première analyse soit erronée, que le collaborateur pressé ne comprenne pas bien, veuille redresser le texte de seconde main, et donne ainsi naissance à une nouvelle erreur; il nous serait facile d'en donner de nombreux exemples.

Et les renseignements pris dans les thèses antérieures, soit de doctorat, soit d'agrégation, et faites dans les mêmes conditions, sont-ils meilleurs? Non, certes. Mais, dira-t-on, on corrigera ces fautes en relisant les épreuves! On a bien le temps! Nous en connaissons de ces thèses, et des meilleures, qui, péniblement rédigées, ont été imprimées, corrigées, mises en pages et brochées en quarante-huit heures! Aussi

les fautes s'accumulent, se multiplient d'une année à l'autre, se perpétuent, en quelque sorte, en se donnant rendez-vous dans ces malheureuses thèses; à tel point qu'on pourrait dire, parodiant un mot célèbre : « Si les fautes de bibliographie disparaissaient du reste de la littérature médicale, on les retrouverait dans les thèses d'agrégation ! »

Voici encore une des grosses imperfections de ces travaux. Les collaborateurs de certains chapitres citent dans le texte divers auteurs ; mais, se reposant sur le collaborateur chargé de la bibliographie, ils ne donnent pas l'indication du travail cité. Le bibliographe, à son tour, s'efforce de rassembler le plus d'indications possible, mais se préoccupe peu de savoir si elles répondent aux travaux signalés dans le texte ; et il arrive ceci que, dans une thèse terminée par une bibliographie de 20 pages, il est parfois impossible de trouver la source d'un travail important mentionné dans le cours de la thèse.

Et qui se trompe sur la valeur de cette épreuve ? Ce ne sont certainement pas les juges. Eux aussi ont fait des thèses d'agrégation, et ils savent comment ils les ont faites, et la part personnelle qui leur en revient. Bien des fois, en parcourant celles qu'ils avaient mission de juger, ils ont dû se rappeler la boutade spirituelle d'un de leurs prédécesseurs les plus distingués : « Monsieur, il y a dans votre travail des choses nouvelles et de bonnes choses, mais les choses nouvelles ne sont pas bonnes, et les choses bonnes ne sont pas nouvelles ! »

Sont-ce les concurrents ? Non, puisqu'ils sont tous, ou presque tous, logés à la même enseigne. Beaucoup d'entre eux considèrent leur thèse d'agrégation comme leur plus grand péché de jeunesse, et nous en connaissons qui voudraient

bien pouvoir les faire disparaître des archives de la Faculté de médecine.

Est-ce le public qui écoute les argumentations? Non encore, puisqu'il est composé, en grande partie, des collaborateurs qui ont travaillé à la confection de ces thèses. Il y a cependant une certaine classe de travailleurs qui s'y laissent prendre. Ce sont ceux qu'on peut appeler les naïfs, et qui se figurent que tout ce qu'il y a dans une thèse d'agrégation doit être considéré comme parole d'évangile. S'étonne-t-on de leur entendre soutenir telle assertion manifestement erronée? Ils vous répondent, avec une sorte d'indignation pour votre incrédulité : « Monsieur, c'est dans la thèse d'agrégation de M. X. » Et il n'est pas facile de les convaincre de leur tort.

A la fin de votre article, vous raillez ceux qui se figurent qu'on peut faire de la bibliographie sérieuse en se faisant traduire par des amis tel ou tel article allemand ou anglais. Car il faudrait, dites-vous, plus de six mois pour avoir la traduction de tous les livres qui sont à consulter sur une question spéciale. Vous avez raison. S'il fallait faire traduire tous les travaux qu'on est forcé de connaître plus ou moins, on n'en finirait pas. Quant aux analyses, il n'y faut pas songer, car on ne peut admettre que notre ami interprétera tout le travail de la même façon que nous! Cependant les amis sont bons à quelque chose; le tout est de savoir s'en servir.

Supposons M. X. sachant assez d'anglais ou d'allemand pour faire ses recherches, pour comprendre *grosso modo* les travaux afférents au sujet qu'il étudie, mais pas assez pour faire la traduction littérale de certains passages qui l'intéressent plus particulièrement. X. s'adresse alors à son ami Z.

qui sait l'allemand ou l'anglais sur le bout du doigt, et le prie de lui lire en français lesdits passages. L'ami Z. remplit dans ce cas, il est vrai, le rôle d'un dictionnaire, mais c'est un dictionnaire intelligent, avec qui vous pouvez discuter sur le sens d'un mot, d'une phrase, pour la plus grande fidélité de votre traduction et rectitude de vos idées.

Quant au scrupule qui vous fait craindre d'accorder trop d'importance à la bibliographie, permettez-moi de ne pas le partager. Notre cher maître, M. Verneuil, qui est bon juge dans cette question, comme vous savez, a dit quelque part : « Je soutiens depuis longtemps que le progrès scientifique a trois moteurs principaux d'égale puissance : l'*érudition*, l'*observation*, l'*expérimentation*, et qu'il existe une *méthode bibliographique* distincte, indépendante, digne d'être cultivée pour elle-même, et qui ne le cède en rien à ses deux rivales quant au nombre et à la valeur des informations qu'elle fournit. J'ai pour elle tant de reconnaissance et de respect que je voudrais voir partager par tous mes sentiments à son égard. »

Si vous voulez lire un bel éloge de cette méthode, veuillez parcourir les six ou huit pages que M. Verneuil a bien voulu écrire en tête de mon *Traité de la gastro-stomie*, pages qui résument admirablement tous les services qu'on peut attendre des recherches bibliographiques bien faites, et dont font partie les deux ou trois phrases que je viens de citer. De son côté, le discours de M. Billings est rempli d'arguments en faveur de ces recherches. En voilà plus qu'il n'en faut, je crois, pour chasser sans crainte le remords qui vous est venu. Seulement je vous préviens que vous trouverez dans la préface à laquelle je faisais allusion tout à l'heure une opinion toute contraire à la vôtre, quand vous accusez presque

'érudition de nuire à l'originalité, et quand vous dites que ceux qui ont le rare don de l'originalité scientifique n'ont pas besoin d'être érudits. Permettez-moi d'invoquer encore, sur le premier point, l'opinion de M. Verneuil.

« On répète sans cesse que les érudits ne font jamais de découvertes et que leur esprit perd toute son originalité. Le reproche est injuste et l'assertion inexacte. L'érudition certainement ne crée rien par elle-même, mais elle conduit aisément à la création; le chercheur qui, à défaut d'imagination ou d'intuition, se sert de la méthode bibliographique, arrive sûrement dans les points où il y a quelque chose à trouver. Détourner les travailleurs de l'emploi des livres, c'est conseiller aux voyageurs, explorant des régions mal connues, de ne point se servir des cartes géographiques dressées par leurs prédécesseurs. »

Voyez maintenant à quoi sert l'érudition à ceux qui ont le don de l'originalité scientifique.

« Avant de se mettre à creuser une question, il est bon de consulter les livres et de dresser l'inventaire complet de la science sur cette question.

» Ceci a plusieurs avantages : si après avoir compulsé on se trouve suffisamment éclairé, rien n'empêche d'en rester là, de passer outre et de porter ailleurs son activité. Mais on peut aussi condenser le fruit de ses veilles et en composer une note ou un mémoire qui dispensera les autres de la peine que soi-même on a prise. Ce travail, quand bien même il ne renfermerait rien de nouveau, serait toujours instructif pour ceux qui n'ont point creusé le sujet, c'est-à-dire pour l'immense majorité des lecteurs.

» Mais je suppose que l'enquête bibliographique ne satisfasse pas votre curiosité et vous démontre la nécessité de

nouvelles recherches. Si vous retournez au lit du malade, instruit comme vous l'êtes devenu, vous observerez beaucoup mieux, sachant surtout ce qu'il faut observer. Si vous rentrez au laboratoire, vous savez dans quel sens il faut interroger la nature, et vous ne vous exposez pas à répéter des expériences qui ne servent à rien.

» En tout cas, et en quittant vos livres, vous pouvez faire deux parts, celle des notions acquises, démontrées, négligeables, et celle des choses douteuses, équivoques, à l'élucidation desquelles il faut résolument travailler. »

Je ne sais pourquoi je me figure que les grands inventeurs étaient en général de grands savants, et, par exemple, que les grands maîtres de la science expérimentale moderne connaissaient à fond l'état de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie avant de faire les découvertes qui les ont illustrés. Lorsque Cl. Bernard découvrit la fonction glycogénique du foie, croyez-vous qu'il ne connaissait pas aussi bien que le plus instruit de ses contemporains les notions acquises par ses prédécesseurs sur la physiologie du foie, la pathogénie et la pathologie du diabète, et les modifications imprimées à l'organisme par les lésions du système nerveux? Lorsque M. Pasteur découvrit le rôle joué par les microbes dans les maladies des vers à soie, de la bière, du vin, dans le charbon et le choléra des poules, etc., admirables découvertes qui le conduisirent au traitement de ces maladies, croyez-vous qu'il n'avait pas une connaissance approfondie des travaux antérieurs sur l'organisation des magnaneries, l'alcoolisation du vin, les diverses fermentations, etc.? Si ces deux savants (le mot vient spontanément sous ma plume) n'eussent pas fait d'abord une enquête sur les notions acquises avant eux, comment eussent-ils pu s'as-

surer que les théories déjà émises n'avaient aucune valeur, et comment auraient-ils été amenés à chercher mieux dans une autre direction que leurs devanciers? Pour moi, les grands inventeurs de systèmes, de méthodes, aussi bien en science qu'en philosophie, ont dû commencer par faire, comme Descartes, table rase, avant de songer à édifier de nouvelles doctrines; mais, avant de détruire, encore faut-il connaître l'existence d'abord, l'inutilité ensuite, de ce qu'on veut détruire. Si je ne me trompe, Cl. Bernard, M. Pasteur, et les autres, avaient d'abord fait la part de ce qu'on savait, peu ou prou; ils avaient étudié les procédés d'expérimentation de leurs prédécesseurs, en avaient reconnu les points faibles, et alors seulement, armés de leur savoir, et surtout éclairés par leur intelligence, ils se sont élancés à la recherche de l'inconnu.

L'érudition est encore bonne à autre chose pour les inventeurs, ne serait-ce qu'à les empêcher de donner comme nouvelle une idée qui date d'un siècle. « Les recherches bibliographiques faites avec conscience, dit encore M. Verneuil, dissipent bien quelques illusions et portent atteinte à certains prestiges; je conviens même qu'elles occasionnent parfois des désenchantements personnels; on caressait l'espoir d'avoir fait une découverte, et voilà qu'un malheureux passage, perdu dans un obscur bouquin, vous dépossède cruellement! »

Elle permet encore aux inventeurs, cette chère érudition, de se défendre contre les revendications de priorité qui surgissent aussitôt qu'ils ont mis leur invention au jour. Permettez-moi de vous citer les grandes découvertes qui ont révolutionné la chirurgie depuis trente ans : l'écrasement linéaire, le drainage chirurgical, l'exérèse non sanglante, la

doctrine septicémique avec son corollaire la méthode antiseptique, la ponction avec aspiration. Que de discussions n'ont-elles pas soulevées, tendant à démontrer que les inventeurs n'avaient reproduit que les idées d'autrui! Voyez, par exemple, l'écrasement linéaire. A peine Chassaignac en a-t-il prononcé le nom que de toutes parts on lui crie : « C'est du vieux neuf; j'ai fait cela avant vous; notre collègue un tel aussi! Et le serre-nœud de Graefe, et celui de Mayor! » Et Chassaignac de s'indigner et de citer à son tour des textes.

« Que réclamez-vous? répond-il à ses contradicteurs? J'ai inventé la méthode, les autres n'ont trouvé que des instruments, et encore ces instruments n'ont-ils rien de comparable au mien. Vous me parlez du serre-nœud de Mayor. Cherchez mieux, car celui-là n'est qu'un assemblage de pièces plus anciennes que lui. De quoi se compose-t-il? D'un tube métallique, de petites boules ressemblant à un chapelet, d'un treuil ou tourillon. Eh bien, le tube appartient à Fallope, le chapelet à Rœderer, et quant au treuil, je ne pense pas qu'on fasse honneur de son invention à Mayor (1). »

Voilà pour l'instrument. Quant à la méthode, elle était si bien à Chassaignac, que dix ans de luttes oratoires n'ont servi qu'à affirmer et à affermir ses droits.

Vous me pardonnerez certainement, mon cher ami, ce long plaidoyer en faveur de la méthode bibliographique. Je lui dois, comme M. Verneuil, une grande reconnaissance, parce qu'elle m'a procuré les succès dont je suis le plus fier, et je voudrais, comme mon maître, que l'érudition soit honorée par tous comme elle le mérite. Malheureusement, pour beaucoup de raisons, l'érudition et les érudits sont encore en bien petite faveur auprès de la masse des praticiens, et cet état de choses

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1856-1857, t. VII, p. 284, 289 et suiv.

ne me paraît pas devoir cesser de sitôt. La faute en est à bien des circonstances, sans doute ; mais je crois que ce qui éloigne le plus de l'érudition, c'est la mauvaise bibliographie. Ceci m'amène à vous entretenir ici de quelques-unes des causes qui contribuent à faire cette mauvaise bibliographie, causes à ajouter à celles dont j'ai parlé précédemment.

Une des principales est certainement l'indifférence d'une certaine catégorie d'écrivains pour la bibliographie faite comme nous l'entendons. Or je ne crois pas devoir être démenti en disant que sur cent mémoires, notes, articles de journaux, il y en a quatre-vingt-dix qui émanent de cette catégorie d'écrivains, qui peuvent avoir les plus grands égards pour deux des moteurs du progrès scientifique, la méthode expérimentale et la clinique, mais qui professent le plus profond dédain pour le troisième, la méthode bibliographique. Vous trouverez de ces auteurs aussi bien parmi ceux qui ne donnent pas d'index que parmi ceux qui ne sauraient écrire une page sans y ajouter quinze renvois à d'autres travaux ; les uns témoignent de leur dédain pour la méthode en la laissant complètement de côté, et les autres en en faisant un usage trop libre.

Et l'altération des textes ! Quelle source fertile en erreurs de bibliographie ! J'en ai relevé des centaines, et bien d'autres avant moi ont fait la même chose. Mais il faudrait les citer toutes pour obliger un peu les écrivains à y regarder à deux fois avant d'avancer un fait dont ils ne sont pas sûrs. Car, à quoi bon prêcher l'exactitude et l'honnêteté en bibliographie, s'il n'y a pas derrière votre discours une sanction quelconque. Tout le monde ne peut malheureusement pas prendre le taureau par les cornes, ni dévoiler les petites indélicatesses d'autrui. Il est des considérations de bien des genres qui vous font penser malgré vous à la fable *du pot de fer et du pot*

de terre, et sans être précisément une cruche on devient prudent. Pourquoi, pour un bon mot, et souvent pour un mauvais, s'exposer à *perdre vingt amis?* Je m'y suis exposé autrefois, et il m'en a cuit. Et pourtant je n'accusais pas des innocents, et j'étais même beaucoup plus bénin que bien d'autres.

Vous rappelez-vous certaine discussion à l'Académie de médecine, il y a trois ou quatre ans, sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, et les amabilités que se sont envoyées et renvoyées deux des membres qui ont pris part au débat, à propos du texte de Murchison? Mais ceci est de l'histoire trop contemporaine pour y insister. Je glisse donc et passe à une autre génération. Voyez, par exemple, comment, il y a quelque vingt-cinq ans, Voillemier *arrangeait* Morel-Lavallée devant la Société de chirurgie. Il s'agissait des épanchements traumatiques de sérosité, que le travail de Morel-Lavallée a le premier fait bien connaître. Or ce travail renferme certains faits que Voillemier accusait son collègue d'avoir *altérés* en remplaçant, dans le texte d'autrui, du sang par de la sérosité. Et en preuve de ce qu'il avançait il citait les faits suivants (1) :

« (Page 705). M. Morel cite une observation de de La Motte qu'il termine ainsi : « Ils furent obligés d'ouvrir la tumeur, » d'où il sortit beaucoup d'un sang clair et haut en couleur... »

» Là M. Morel s'arrête et dit : « Ce sang clair et haut en » couleur et *sans coagulum* était-il autre chose que de la séro- » sité? » — Oui, sans doute, répond Voillemier. Deux pas de plus, et M. Morel marchait sur la vérité, car de La Motte ajoute : *Le sang mis dans un plat fut caillé peu de temps après*. Cette dernière ligne a été omise par M. Morel.

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1856-1857, t. VII, p. 41.

» Avec Pelletan, c'est le même sans-gêne. Page 703, il dit que dans les deux observations de l'Hôtel-Dieu l'épanchement de sérosité pure s'est montré à la jambe, une fois à la suite de la chute d'une pierre, et une fois à la suite d'un coup de pied de cheval. Voici les paroles de Pelletan :

« Il sortit une grande quantité de *sang noir* qui coulait en » nappe. Chez le second malade, il sortit du *sang fluide et* » *noirâtre.* » Voilà ce que M. Morel appelle de la sérosité PURE! »

Et Voillemier continue sur ce ton pendant plusieurs pages. Et Morel-Lavallée n'a rien répondu à ce reproche d'inexactitude dans ses citations, reproche qui, sortant de la bouche moqueuse de Voillemier, devait être sanglant, passez-moi l'expression. Cette blessure à son amour-propre l'a-t-elle rendu plus précis sous ce rapport? Je l'espère, mais en vérité je n'en sais rien. Néanmoins j'incline à penser que, si de temps en temps on redressait ainsi en public, par la plume ou la parole, les erreurs bibliographiques, ou bien les écrivains *légers* écriraient moins, sans chercher davantage, ou bien ils chercheraient mieux. Dans les deux cas il y aurait moins d'erreurs dans notre littérature, et le résultat ne pourrait être que bon.

Je crois donc, en résumé, qu'il ne faut pas se décourager. Je connais déjà plusieurs de nos maîtres qui sont entièrement disposés à nous appuyer de leur influence; notre petite phalange grandit lentement, mais progressivement; mes collègues de la bibliothèque sont tout dévoués à la méthode; M. Billings (de Washington) lui fournit un sérieux appoint par ses excellentes publications, l'*Index medicus* et l'*Index-Catalogue.* Vous-même vous voilà des nôtres, tout prêt à soutenir nos idées et par votre légitime influence et par votre

journal. *Quo non ascendemus!...* si nos échelles ne cassent pas.

En attendant, n'accordons à personne le droit de n'être pas, sinon érudit, du moins aussi instruit que possible, jusqu'au moment où il existera des bibliographies parfaites qui permettront de se rendre compte en un coup d'œil de tout ce qui a été écrit sur un sujet donné. Mais qui verra cela? Si c'est nous, nous nous en réjouirons, et comme nous aurons été à la peine, nous irons volontiers à l'honneur. Sinon, nous aurons du moins la conscience d'avoir fait notre possible pour donner à la vraie érudition la place qu'elle mérite dans la science. Quoi qu'il en soit, j'espère que cet échange de vues sur une idée qui nous est chère à tous deux n'altérera en rien nos bonnes relations, et que vous ne m'en voudrez pas trop d'avoir un peu trahi votre anonymat.

Croyez, mon cher ami, à l'assurance de mes sentiments bien affectueux.

ÉTUDE BIBLIOGRAPHIQUE

SUR LE

PSEUDO-LIPOME SUS-CLAVICULAIRE

LETTRE A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL (1)

Mon cher maître,

Mis en demeure par vous de secouer la poussière des bouquins, pour en faire sortir quelque lipome (2), je devais m'efforcer de justifier votre confiance dans la méthode bibliographique et les bibliographes, chose et gens que vous avez d'ailleurs toujours tenus en grande estime, et qui, je crois, vous le rendent bien.

Je suis donc parti, et après diverses marches et contremarches sur ces ruisseaux de l'érudition qui ne sont pas précisément pour vous des inconnus, je suis arrivé à un résultat qui ne vous étonnera guère, puisque vous l'avez prévu en quelque sorte: le pseudo-lipome sus-claviculaire était déjà connu; pas beaucoup, mais enfin il l'était.

Vous vous rappelez mon point de départ. J'avais lu, peu de temps après la publication de votre premier article (3), le

(1) Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 4 et 57.
(2) Verneuil, *Gaz. hebd.*, 1882, p. 762 et 782.
(3) Verneuil, *Gaz. hebd.*, 1879, p. 745.

travail de Sir William Gull, qui passait pour le premier en date sur le myxœdème. Je fus alors frappé par la description de l'un des caractères que M. Gull donne comme distinctifs du crétinisme sporadique des enfants, et de l'*état crétinoïde* qu'il avait observé chez l'adulte. Ce caractère était le suivant :

« Les masses de graisse sus-claviculaires décrites pour la première fois par M. Curling et sur lesquelles le docteur Fagge a attiré spécialement l'attention, comme survenant chez les enfants atteints de crétinisme sporadique, n'ont pas attiré mon attention chez les adultes. Les masses de graisse sus-claviculaires ne sont pas rares chez l'adulte, sans l'association d'aucun état morbide. » (*Trans. of the clinical Soc. of London*, 1874, vol. VII, p. 185.)

Mis ainsi sur la voie par M. Gull, je n'avais qu'à remonter à la source des travaux qu'il m'indiquait. Ce ne fut pas trop difficile. Celui de M. Fagge, dont M. Gull donnait l'indication bibliographique, renfermait celles du travail de M. Curling et d'un autre médecin anglais, M. Langdon Down, très intéressants tous deux, comme vous l'allez voir. L'affection était toujours bilatérale, symétrique, comme dans vos observations, sauf une, et comme l'ont vue M. Potain et M. Dechambre (1) ; elle avait d'ailleurs absolument le même siège que la tumeur que vous avez observée tous les trois.

Aucune réclamation de priorité n'ayant été faite après la communication de M. Curling à la Société médico-chirurgicale de Londres, je suis donc autorisé à croire que le pseudolipome sus-claviculaire a été décrit en 1850 par Curling, le premier, chez deux enfants atteints de crétinisme. La note

(1) *Gaz. hebd.*, 20 oct. 1882, p. 681 et 687.

qui a été publiée alors est assez courte et assez explicite pour que je la traduise presque en entier, sauf quelques détails inutiles.

Obs. I. — En juillet 1849, M. Little m'invita à voir un cas de ce qu'il considérait comme crétinisme, à l'asile d'idiots d'Highgate, et à examiner des tumeurs situées sur les côtés du cou, dont la nature était douteuse, mais qu'il soupçonnait être des hypertrophies, soit des lobes du corps thyroïde, soit des ganglions lymphatiques. Le sujet était une fille de dix ans, rabougrie, mesuran 2 pieds 6 pouces de haut, le corps épais et les membres d'une longueur et d'une grosseur disproportionnées. La surface dorsale du corps et des membres était couverte de poils. La tête paraissait lourde, le front plat et les fontanelles non fermées; expression idiote très marquée, bouche large, langue épaisse et proéminente.

Aux côtés externes du cou, en dehors des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, étaient deux tumeurs à peu près symétriques, donnant au toucher une sensation molle, pâteuse, inélastique. Des tumeurs semblables, mais plus petites et à contours moins nets, se trouvaient en avant de l'aisselle. Pas de tuméfaction en avant du cou, pas d'apparence de corps thyroïde.

Marche très difficile; mutité; quelques manifestations de la volonté; connaissance des parents.

Le docteur Little voulut bien me donner les renseignements complémentaires suivants. L'enfant eut une attaque grave d'érysipèle pendant son séjour dans l'asile; après la guérison, son intelligence sembla plus développée. Un abcès volumineux se forma à la cuisse et il s'en écoula une grande quantité de pus pendant plusieurs semaines. La plaie se cicatrisa; mais l'érysipèle reparut ensuite, accompagné de glossite et de stomatite, dont elle mourut épuisée, six mois après le commencement de la maladie et environ quinze mois après son entrée dans l'asile.

Autopsie 24 heures après. Corps très émacié. — Les tumeurs du cou étaient beaucoup plus petites qu'avant la maladie. Elles étaient composées de graisse, et occupaient le triangle postérieur de chaque côté du cou, s'enfonçant en bas derrière la clavicule,

et remplissant l'aisselle; on pouvait les suivre jusque sur le muscle sous-épineux, et jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Elles n'étaient pas enveloppées par une capsule, mais étaient composées de graisse d'un tissu lobulé et lâche, qui, au microscope, parut être constitué de tissu connectif et de globules graisseux. Il n'y avait pas la plus légère trace de corps thyroïde.

Obs. II.—En novembre 1849, une petite fille de six mois me fut envoyée par un chirurgien pour l'examiner à cause de tumeurs anormales situées au cou. Les parents étaient bien portants; enfant d'aspect idiot, large face avec tête petite et front très fuyant; langue volumineuse et sortant de la bouche.

Sur les côtés du cou, en dehors des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, étaient deux tumeurs symétriques, molles, de sensation pâteuse et incompressibles. Elles étaient de forme ovale, couchées obliquement sur le côté du cou, et s'étendant depuis le bord du muscle trapèze jusqu'au milieu de la clavicule. Je fus aussitôt frappé de la ressemblance que ce cas présentait, sous le rapport des tumeurs et de l'aspect général, avec l'idiot de Highgate. L'enfant s'affaiblit peu à peu, refusa de prendre de la nourriture et mourut au milieu de convulsions le 7 décembre.

A l'*autopsie*, faite le lendemain, on ne trouva rien d'anormal dans le crâne, sauf un développement remarquablement petit des lobes antérieurs du cerveau. Pas de trace du corps thyroïde. Les tumeurs du cou étaient constituées par des collections superficielles de tissu graisseux, sans aucune enveloppe propre, et réunies lâchement aux parties voisines.

Curling ébauche alors la pathogénie de l'affection.

« Je ne connais, dit-il, aucun autre cas dans lequel l'absence du corps thyroïde ait été observée chez l'homme... Le développement de tissu adipeux, formant des tumeurs symétriques au cou, ne peut manquer d'ajouter à l'intérêt de ce cas; car il est très probable que cette sécrétion anormale de graisse dépendait de l'absence des modifications qui résultent de l'action du corps thyroïde, ou de quelque altération

dans le processus d'assimilation consécutif à l'absence de cette glande... (1). »

Voilà donc bien, mon cher maître, et cette fois constaté par la dissection, votre pseudo-lipome sus-claviculaire : tumeur molle, pâteuse, formée de tissu graisseux non enkysté. Il y avait bien, dans le premier cas, des prolongements dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule qui n'existaient pas dans les vôtres, mais je vous montrerai tout à l'heure que si vos pseudo-lipomes avaient été plus anciens et plus développés, ils auraient peut-être fait saillie sous la clavicule. Je me borne, pour le moment, à remplir la lacune qui restait dans vos observations et dans celles de M. Potain, faute d'*examen direct*. Comme vous, M. Curling n'a pas non plus voulu faire acte de chirurgien, mais la fortune, plus généreuse envers lui qu'envers vous, lui a fourni l'occasion de contenter le désir de l'anatomo-pathologiste.

La description si exacte de M. Curling est restée dans l'ombre pendant vingt ans en Angleterre; aucun travail ne paraît plus sur ce sujet avant celui de M. Langdon Down. Ce médecin, qui a aussi observé ces tumeurs chez des enfants atteints d'arrêt de développement et nés de parents alcooliques au moment de la procréation, les donne comme de nature veineuse. « Il y avait, dit-il, une tumeur veineuse de chaque côté du cou, au-dessus de la clavicule », sans plus de détails (*Trans. path. Soc. of London*, 1869, vol. XX, p. 419). A défaut d'autopsie, il est permis de croire que ces tumeurs

(1) Th. B. Curling, *Two Cases of the absence of the thyroid body, and symetrical swellings of fat tissue at the sides of the neck, connected with defective cerebral developmænt*. In *Med. chir. Trans.*, 1850, vol. XXXIII, p. 303.

veineuses étaient de même nature que les pseudo-lipomes de M. Curling.

M. Langdon Down a vu quelques-uns de ces sujets atteindre l'âge de vingt ans. Une des malades de M. Hilton Fagge avait cet âge. Ce dernier médecin rapporte quatre cas analogues à ceux de M. Curling (*Med. chir. Trans.*, 1871, vol. LIV, p. 157).

1er CAS. — Garçon de huit ans; type rabougri du corps et aspect crétinoïde de la face; pas de goitre. De chaque côté du cou, juste au-dessus de la clavicule, est une tumeur molle, mobile, non élastique; on peut l'attirer en bas jusque sur la clavicule, et elle paraît unie au tissu sous-cutané plutôt qu'aux parties profondes. On ne peut trouver de prolongement de cette tumeur dans l'aisselle. On a pensé que le massage la faisait disparaître temporairement. Par l'application du stéthoscope, on entend dans chaque tumeur un murmure respiratoire très distinct.

2e CAS. — Fille de seize ans et demi. Type rabougri du corps et crétinoïde de la face, ne datant que d'une attaque de rougeole à l'âge de huit ans; parents bien portants; trois frères et une sœur bien développés. Ici, les antécédents sont particulièrement intéressants; à six ans, légère rougeole, puis coqueluche; à huit ans, nouvelle attaque de rougeole, avec érysipèle à la même époque, puis ulcères dans la tête, chute des cheveux par plaques; diarrhée grave et haleine courte. Depuis, le corps ne s'est plus développé.

Le cou est plutôt court, mais non épais. De chaque côté, en dehors du muscle sterno-mastoïdien, est une tumeur pâteuse, molle, très mobile; on peut l'amener sur la clavicule et, en quelque sorte, la faire disparaître par le massage. Ces tumeurs ne sont pas nettement délimitées et cependant elles paraissent être lobulées. A l'auscultation on peut entendre sur elles un murmure respiratoire; on a, par conséquent, supposé qu'elles contenaient le sommet du poumon, mais il n'est nullement certain que le

murmure respiratoire soit plus distinct qu'il ne l'est normalement dans la même région.

Ces tumeurs ont été remarquées pour la première fois il y a quatre ans, d'abord celle du côté droit, et deux ou trois semaines après, celle de gauche. Elles ont à peu près le volume d'un œuf de poule, la droite étant un peu plus volumineuse. Elles recouvrent la moitié sternale de la clavicule des deux côtés. Pas d'apparence de corps thyroïde. Cette malade, sujette aux éruptions eczémateuses, non rachitique, a vu les règles apparaître à l'âge de quinze ans, et depuis elles sont irrégulières. Les seins paraissent aussi développés que chez les jeunes filles de cet âge; sa taille est de 4 pieds 1 pouce. Elle paraît assez intelligente; elle ne jouit pas d'une bonne santé générale; elle est sujette aux rhumes. Bruits de cœur normaux.

3e CAS. — Garçon de vingt ans, idiot; dans un asile depuis dix ans; taille, 2 pieds 4 pouces; muet; pas de goitre; pas d'apparence de corps thyroïde. Les tumeurs sus-claviculaires existent, mais elles sont de petit volume.

4e CAS.— Fille de douze ans; aspect crétinoïde; sourde-muette. Les tumeurs sus-claviculaires sont bien marquées.

« Autant que je sache, ajoute plus loin M. Fagge, les idiots ordinaires ne présentent pas ces tumeurs sus-claviculaires, dont l'existence paraît être un caractère constant du crétinisme sporadique » (p. 163). Et plus loin : « Le crétinisme sporadique semble être invariablement accompagné de tumeurs symétriques graisseuses, dont l'une siège sous la peau du cou, de chaque côté, immédiatement en dehors du muscle sterno-mastoïdien » (p. 165).

« J'ai entendu dire, dit-il encore, que les tumeurs graisseuses symétriques ne sont pas rares chez les adultes dans les régions sus-claviculaires; mais je ne sache pas que leur

présence ait été observée comme associée à une altération de la santé générale » (p. 167).

Goodhart, dans une étude sur le crétinisme sporadique et le myxœdème, rapporte l'histoire d'une petite fille de quatre ans qui présentait « une masse, bien marquée, de graisse dans chaque espace sus-claviculaire » (*Med. Times*, 1880, vol. I, p. 474).

L'existence de cette variété de pseudo-lipome sus-claviculaire ne saurait donc être contestée. M. Curling et M. Hilton Fagge en ont donné six observations, qui ne sont certainement pas les seules, puisque ce dernier médecin fait de cette tumeur un signe presque pathognomonique du crétinisme sporadique. Quant à vous, mon cher maître, qui n'avez pas, non plus que M. Potain, fait du crétinisme une étude spéciale, vous êtes assurément fort excusable d'ignorer ce que les médecins anglais en ont dit, car les auteurs des articles Crétin et Crétinisme du *Dictionnaire encyclopédique* n'ont mentionné ni l'état crétinoïde, décrit par Curling et Hilton Fagge, ni les tumeurs graisseuses que présentent les crétins dans les fosses sus-claviculaires, ni même les travaux que je viens d'analyser.

J'arrive maintenant au myxœdème. Sir William Gull, comme je vous l'ai dit, n'a pas vu le pseudo-lipome sus-claviculaire chez les adultes atteints d'*état crétinoïde*, dénomination qu'il donnait alors à l'affection désignée plus tard sous les noms de myxœdème (Ord), cachexie pachydermique (Charcot), etc.

Les médecins anglais qui ont observé après lui ont presque tous signalé ce pseudo-lipome, encore assez appréciable pour fixer leur attention, bien qu'on pût supposer qu'il

était comme perdu dans l'*œdème muqueux* répandu sur toute la surface du corps.

Chez une première malade, Ord dit qu'il y avait une grande quantité de graisse sous-cutanée dans toutes les parties du corps, surtout au cou, au-dessus des clavicules. Malheureusement, en faisant l'autopsie de cette femme, Ord ne pensa pas à regarder ce qu'il y avait dans le creux, ou plutôt dans la saillie sus-claviculaire (*Med. chir. Trans.*, 1878, vol. LXI, p. 60).

Il ne fut pas plus curieux deux ans plus tard, lorsqu'il fit encore l'autopsie d'une myxœdémateuse chez laquelle il avait noté, pendant la vie, « une saillie élastique au-dessus des clavicules » (*Trans. Clin. Soc. of London*, 1880, vol. XIII, p. 16).

Lloyd, qui fit une troisième autopsie dans les mêmes conditions, fut tout aussi indifférent à l'égard du pseudo-lipome; il est bon d'ajouter qu'il ne le mentionne pas au cours de son observation (*Trans. Clin. Soc.*, 1880, vol. XIII, p. 111); mais Mme Élisabeth Cushier, qui a vu le pseudo-lipome chez un malade dont elle a fait l'autopsie, n'a pas examiné davantage la région sus-claviculaire (*Arch. of med.*, New-York, 1882, vol. VIII, p. 205).

Dyce Duckworth l'a vu chez trois malades. Voici ce qu'il en dit. — 1er cas : Il semblait y avoir un dépôt graisseux plus abondant dans la fosse sus-claviculaire gauche que dans la droite. Le noyau graisseux gauche devient même douloureux, ce qui n'a été signalé dans aucun autre cas (*Trans. Clin. Soc.*, 1880, vol. XIII, p. 13); 2e cas : Il semble qu'il y a un peu plus de graisse que d'habitude dans les fosses sus-claviculaires, surtout à droite. Cette fois, le côté droit l'emporte sur le gauche (*Trans. Clin. Soc.*, 1881, vol. XIV, p. 54);

3e cas : Il paraît y avoir un peu plus de graisse que d'habitude dans les fosses sus-claviculaires (*Id.*, p. 57).

Enfin Hadden, dans le même volume, p. 59, dit que chez sa malade il y avait une grande tuméfaction au-dessus des clavicules, et Lunn, en 1882, a signalé aussi ce détail dans deux cas (*Trans. Clin. Soc.*, 1882, p. 85 et 86).

Si l'existence du lipome sus-claviculaire n'est pas aussi admissible dans le myxœdème que dans l'état crétinoïde, parce qu'il lui manque la sanction de l'autopsie, il est bien difficile toutefois de ne pas être frappé de l'importance qu'ont accordée les médecins anglais à ces masses de graisse qui faisaient saillie dans les régions sus-claviculaires chez la plupart de leurs malades. Eh bien, je puis encore invoquer ici pour vous, mon cher maître, l'excuse dont j'ai parlé à propos de l'état crétinoïde, car les meilleurs travaux qui ont été publiés sur le myxœdème en France et que vous avez lus, je veux dire ceux qui ont paru dans la *Gazette hebdomadaire* et dans la *Revue mensuelle*, ont passé complètement sous silence et le lipome sus-claviculaire et l'opinion des auteurs anglais à son égard.

Il faut dire, toutefois, que le malade dont l'observation a été rapportée par MM. Bourneville et d'Olier dans le *Progrès médical* (1880, p. 709), présentait au niveau des régions sus-claviculaires, au-dessous des aisselles et en divers points du thorax, sous la peau, des tumeurs molles, tremblotantes, d'apparence myxomateuse.

M. Ridel-Saillard qui, dans sa thèse de doctorat de 1881, a rapporté toutes les observations de myxœdème publiées à cette époque, n'a remarqué les tumeurs graisseuses sus-claviculaires que dans deux cas (obs. II et X). Il a lu les autres évidemment un peu trop vite. Il n'accorde d'ailleurs

à ces tumeurs aucune importance, car il les signale seulement en deux lignes (p. 12 de sa thèse).

Ceci n'était donc pas beaucoup de nature à attirer l'attention.

Je ne parle pas des chapitres consacrés, dans les traités de chirurgie, aux tumeurs du creux sus-claviculaire ; ils sont absolument muets, en toutes langues, sur le pseudo-lipome de cette région.

Il existe encore une autre variété de lipome : c'est celle que MM. Gull et Fagge disent avoir vue souvent chez les adultes, sans qu'elle fût sous la dépendance d'un état morbide quelconque. Il paraît que ces tumeurs ou tuméfactions, comme on voudra, ne sont pas rares non plus en France, si je m'en rapporte à certaines conversations dont le bruit m'est venu aux oreilles ; mais pas plus en France qu'en Angleterre, elles n'ont produit grande impression, soit dit sans jeu de mots, car on n'en trouve que des traces imperceptibles dans les auteurs.

On ne sait pas d'ailleurs ni chez qui viennent ces tumeurs, ni si elles sont de vrais ou de pseudo-lipomes.

Quant au vrai lipome, M. Gillette, dans son article Cou du *Dictionnaire encyclopédique*, en cite deux cas, dus l'un à M. Ollier, l'autre à Hardman. J'en ai trouvé un troisième qui remonte aux premières années de la carrière chirurgicale de Lisfranc et dont voici le résumé, tel que je l'ai trouvé :

Obs. — M. Lisfranc rapporte l'observation d'une négresse qui portait un lipome volumineux au-dessus de la clavicule. Cette tumeur, qui envoyait des prolongements sous l'os indiqué, fut extirpée, et pendant l'opération, la veine jugulaire externe, qui occupait toute l'étendue verticale du lipome, fut disséquée et mé-

nagée. On mit également à nu l'artère et la veine sous-clavières, et enfin la plèvre, qui se montrait dans la profondeur de la plaie (*Arch. gén. de méd.*, 1829, vol. XIX, p. 145). La malade est guérie sans éprouver le moindre accident (*Journ. gén. de méd.*, vol. CVII, p. 132).

Avec ce cas, nous tombons dans le lipome chirurgical et peut-être allez-vous m'objecter qu'entre ce lipome volumineux qu'on dut opérer, et le pseudo-lipome sus-claviculaire que vous avez décrit, il y a une grande différence. Je vous ai promis de vous démontrer qui si vos lipomes avaient grossi, ils auraient eu une tout autre apparence; je vais tenir ma promesse.

Vous avez déjà vu que chez un patient de Curling le lipome faisait saillie sous la clavicule; chez une malade observée par M. Dechambre, la tumeur, qui était bilatérale, descendait un peu au-dessous de la clavicule, pour se confondre avec le devant de la poitrine; M. Potain a soupçonné chez une dame des prolongements graisseux dans le médiastin, et a vu chez un homme les pseudo-lipomes sus-claviculaires descendre, en passant sous la clavicule, jusqu'à la base de la poitrine; chez la négresse de Lisfranc, le lipome envoyait un prolongement jusqu'au sommet de la plèvre; M. Ollier a opéré également un de ces lipomes qui s'était étendu plus encore, de sorte que sa partie la plus volumineuse était sous-claviculaire. M. Tripier mentionne ce fait en quelques lignes dans son article Lipome du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 645).

Obs. — Un malade, âgé de quarante-cinq ans environ, portait un lipome de la région sous-claviculaire dont le pédicule remontait par-dessous la clavicule jusqu'à la partie inférieure du cou. Début dix ans auparavant. Développement progressif. Ce n'est que dans ces derniers temps que la tumeur s'était mise à

grossir. A la suite d'un érysipèle elle avait presque doublé de volume, et depuis cette époque elle était le siège de douleurs profondes. A sa partie inférieure, ulcération de mauvaise nature qui de loin en loin donnait lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Extirpation. Poids, 3500 grammes. A la coupe, on trouva, au milieu des lobules graisseux, des masses blanchâtres, gélatineuses, qui présentaient au microscope les caractères du tissu muqueux.

Je ne sais trop si dans ce cas la tumeur a commencé par le creux sous-claviculaire ou au-dessus de la clavicule, la citation de M. Tripier étant muette sur ce point; mais on peut admettre qu'elle a débuté par la fosse sus-claviculaire, puisque son pédicule se trouvait à la partie inférieure du cou, qu'elle est passée sous la clavicule en se développant, et qu'alors, à la suite de l'érysipèle jouant le rôle de cause excitatrice, le lipome a augmenté de volume par sa partie périphérique, sous-claviculaire ici, comme fait tout lipome pédiculé (1).

Mais j'ai encore mieux à vous offrir. C'est l'observation inédite d'un vrai lipome sus-claviculaire, ayant le volume apparent de ceux que vous avez vus, tandis que l'examen anatomique démontra qu'il s'étendait bien plus loin. La manière dont j'ai pu l'obtenir mérite d'être racontée.

Obs. — Pendant que je faisais mes recherches sur le présent sujet, je rencontrai un jeune externe des hôpitaux, M. Chambert, très versé dans la littérature anglaise; je lui demandai bien entendu s'il ne connaissait rien sur le lipome sus-claviculaire. — « Je n'ai rien lu sur ce point, me dit-il; mais j'ai vu un de ces

(1) L'observation de M. Ollier se trouve mentionnée encore dans la thèse d'agrégation de M. Nicaise (1872) et dans l'article Cou de M. Gilette. J'insiste sur ce détail, que je tiens de M. Ollier, afin qu'on ne prenne pas un même fait pour plusieurs faits différents.

lipomes à Clamart il y a un mois environ. Je l'ai même disséqué avec beaucoup de soin parce que je croyais rencontrer une hernie du poumon, et je l'ai montré à M. Quenu, mon prosecteur. D'ailleurs, j'ai pris une note sur la pièce et je vous l'apporterai. »

Le lendemain, M. Chambert m'apporta la petite note en question, écrite sur une feuille de papier pliée en huit, et portant sur les plis cette noirceur et sur les deux faces cette teinte isabelle qui annoncent un séjour prolongé dans une poche; c'était là un cachet indéniable d'authenticité, car il suffisait de voir le papier pour être convaincu que la note n'avait pas été rédigée pour les besoins de ma cause, mais qu'elle remontait à une époque éloignée. D'ailleurs, pour plus de certitude, et surtout pour que l'exactitude des détails ne pût être mise en doute par personne, je priai M. Chambert de vouloir bien montrer sa note à M. Quenu, qui, après l'avoir lue, se contenta de corriger la forme de quelques expressions. Voici la rédaction définitive de cette note :

« En disséquant la région sus-claviculaire, après avoir incisé la peau, le peaucier et l'aponévrose, j'arrivai sur une tumeur du volume d'un œuf de poule, allongée dans le sens antéro-postérieur, située au-dessus de la clavicule, en dehors du muscle sterno-mastoïdien, en arrière de l'homo-hyoïdien, recouverte un peu par le bord antérieur du trapèze et croisée par la branche acromiale du plexus cervical qui passe en avant.

» Cette tumeur, molle, fluctuante, et que je pris d'abord pour une dilatation du cul-de-sac supérieur de la plèvre, était enveloppée par une poche fibreuse que j'incisai. C'était un lipome complètement enkysté. La poche, composée de tissu conjonctif amelleux, dense, contenait des lobules graisseux, mous, mais assez nets; la graisse était demi-liquide. Cette poche, peu adhérente aux parties voisines, remontait en haut à 4 centimètres au-dessus de la clavicule, passait en arrière de cet os jusqu'à 3 centimètres de profondeur, et descendait au-dessous de lui jusque vers la première côte, en refoulant le cul-de-sac pleural.

» L'artère sous-clavière passait à la partie inférieure du lipome.

» J'ai disséqué avec soin le creux sous-claviculaire droit pour voir s'il n'y avait rien de ce côté, et je n'y ai rien trouvé; la région était absolument normale. »

Voulant savoir ce que pouvait bien être le sujet pendant sa vie, dans le but de contrôler vos idées sur l'apparition du pseudo-lipome chez les diabétiques et les rhumatisants, je demandai à M. Chambert s'il n'avait rien remarqué d'autre sur le cadavre, et s'il savait de quoi le sujet était mort. Voici sa réponse :

« Le sujet était une femme d'une trentaine d'années, ayant encore un certain degré d'embonpoint. Il y avait des adhérences pulmonaires des deux côtés, surtout à gauche; elles étaient plus prononcées de ce côté, et je n'ai pu extraire cette partie du poumon de la cavité thoracique qu'en la déchirant.

» N'ayant à ce moment aucun intérêt à constater l'existence des lésions pulmonaires, je ne pourrais pas affirmer avoir vu des tubercules ou des cavernes; cependant, en cherchant à me rappeler l'état des poumons déposés sur la table, je ne crois pas m'avancer trop en disant qu'il existait très probablement une caverne à gauche et des tubercules des deux côtés dans le reste des poumons. (L'observation clinique pourrait ici nous être utile.)

» Il y avait dans l'abdomen un litre environ de sérosité ascitique; le foie était gras; les jambes un peu œdématiées. Le cœur n'a pas été examiné.

» Cette femme était morte le 14 octobre, et je l'ai disséquée le 20. En m'informant au bureau d'entrée à Clamart, j'appris qu'elle venait de Tenon, de Lariboisière ou de Saint-Louis. Voulez-vous que j'aille demander aux internes ce qu'ils peuvent savoir sur sa maladie ? »

Je remerciai M. Chambert de son obligeance, et j'écrivis à un interne de chacun des hôpitaux sus-mentionnés, pour le prier de vouloir bien se livrer à une enquête auprès de ses collègues, à seule fin de me fournir l'observation de la malade morte le 14 octobre au soir et envoyée à Clamart avant le 20 du même mois. La réponse me fut fournie par votre ancien interne, M. Guinard, actuellement à Lariboisière. Elle était courte, mais confirmait les points restés douteux dans la relation de M. Chambert.

« Malade nommée Marie Landelle, âgée de trente-trois ans, entrée dans le service de M. Constantin Paul, le 14 octobre, pour tuberculose pulmonaire très avancée. Examinée à son entrée par M. Boiteux, interne du service, qui ne put que constater son état,

la malade mourut le soir même, à neuf heures. Elle fut envoyée le 18 à Clamart, sans qu'on eût fait son autopsie. »

La malade disséquée par M. Chambert était donc bien une tuberculeuse, et portait un *vrai lipome* sous-claviculaire gauche, du côté où les lésions pulmonaires étaient le plus marquées. Y a-t-il une relation de cause à effet entre le lipome et la tuberculose pulmonaire ? Je crois qu'il serait pour le moment prématuré de faire une réponse quelconque à cette question.

Deux particularités sont encore à remarquer dans ce fait : d'abord, le petit volume apparent de la tumeur, qui était celui d'un œuf de poule, alors qu'elle descendait d'autant en arrière de la clavicule, comme dans les cas de Curling, Fagge, etc.; ensuite les rapports du lipome avec le cul-de-sac supérieur de la plèvre.

Tout en nous indiquant la direction dans laquelle peut se développer le pseudo-lipome, ceci nous explique encore pourquoi M. Hilton Fagge a pu entendre si distinctement le bruit du murmure respiratoire en appliquant le stéthoscope sur la tumeur sus-claviculaire, et pourquoi Lisfranc, en enlevant le lipome de sa négresse, est arrivé jusqu'à la plèvre. Il est bon, je crois, de prévenir de cette éventualité les chirurgiens qui seraient obligés d'enlever un lipome de cette région, et ceux qui, en présence d'une de ces tumeurs, croiraient avoir affaire à une hernie du poumon ou à un prolongement du sac pleural.

La tumeur disséquée par M. Chambert nous représente le lipome sus-claviculaire normal; celles de Curling, le pseudo-lipome en voie de développement du côté de l'aisselle; le lipome enlevé par Lisfranc est un exemple du développement de ce néoplasme par en haut, et celui de M. Ollier par en bas, comme ceux de M. Potain et de M. Dechambre.

Avec toutes les observations précédentes, celles de M. Potain, les vôtres, et les deux qui vont suivre, on pourrait donc écrire actuellement sur le lipome vrai ou faux du creux sus-claviculaire un chapitre de pathologie médico-chirurgicale d'autant plus intéressant qu'on ne le trouverait dans aucun livre.

Voici maintenant le fait de Hardman, un peu obscur peut-être quant à l'étiologie, mais dont la constatation n'a laissé rien à désirer, puisque le lipome, pris pour un abcès, a été incisé (1).

Obs. — Un jeune homme de dix-sept ans me consulta pour une tumeur qui existait au côté gauche du cou depuis plus d'un an, était très dure, et s'étendait de l'apophyse mastoïde à la clavicule, le long du muscle sterno-mastoïdien. Dans la certitude que c'était un abcès sous-aponévrotique profond, je l'ouvris en haut et en bas, et il sortit beaucoup de pus. Je fis passer un tube à drainage par les deux ouvertures; en sept semaines environ la tumeur avait presque disparu, et il ne sortait plus qu'un peu de liquide séreux par l'ouverture inférieure; j'ôtai alors le drain pour permettre aux plaies de se cicatriser, ce qui eut lieu en quelques jours.

Trois semaines après le malade revint, disant que depuis que les plaies s'étaient fermées il s'était produit une grosseur dans le cou. Je l'examinai, et je trouvai une tumeur, du volume d'un œuf de poule, immédiatement au-dessus de la clavicule, derrière l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Elle n'était pas douloureuse et semblait élastique; croyant que c'était un abcès résidueux né du premier, je l'incisai. Il n'en sortit pas une goutte de pus et en examinant la plaie il fut facile de voir que la tumeur était un lipome dont le tissu conjonctif, la capsule et les lobules graisseux étaient aussi caractéristiques que possible. D'où venait cette tumeur? Trois semaines auparavant, lorsque j'enlevai le drain, j'avais examiné le cou avec le plus grand soin et je n'avais

(1) Hardman, *The Lancet*, 25 novembre 1876, vol. II, p. 771.

rien trouvé de ce genre; cependant le malade revenait avec un lipome, formant une tumeur ayant les caractères les plus nets, et du volume d'un œuf de poule.

Ainsi donc, mon cher maître, l'agitation louable que vous avez provoquée au sujet du pseudo-lipome sus-claviculaire avec votre collègue et ami M. Potain a déjà porté ses fruits au point de vue historique; elle a permis en outre à un médecin embarrassé par une tumeur sus-claviculaire, d'en faire le diagnostic exact. Voici à quel sujet.

Le journal anglais *The Lancet* rendit compte de la communication de M. Potain à l'Académie dans son numéro du 4 novembre. Par une singulière coïncidence, un médecin de Kineton, le docteur Millican, avait vu la veille un cas semblable aux vôtres, sans trop savoir ce que c'était, et la lecture de l'article de *The Lancet* lui fit comprendre ce qu'il avait vu, et qu'il rapporte ainsi :

Obs. — Mon patient est un homme de cinquante-neuf ans, qui avait fait une chute une semaine ou deux auparavant. Depuis lors le cou était très raide, et c'est pour cela qu'il vint me consulter. En examinant le cou, mon attention se dirigea immédiatement sur une tumeur élastique située dans la région sus-claviculaire gauche. Comme cet homme avait l'habitude depuis plusieurs années de porter des sacs de blé sur cette épaule, j'eus tout d'abord l'idée que c'était une bourse séreuse artificielle. Elle était cependant un peu trop ferme pour cela, et je crus, ainsi que M. Banatrala, qui vit le sujet avec moi, y sentir une sorte de lobulation peu marquée. En découvrant complètement le cou, nous trouvâmes une tumeur semblable, mais moins grosse, du côté droit, ce qui détruisait l'hypothèse de la bourse séreuse, puisque mon patient n'avait pas l'habitude de porter de sac de ce côté. Cependant la tumeur ne répondait pas tout à fait à la description d'un lipome ordinaire, et j'étais dans cet état d'incertitude mentale

lorsque je lus l'article du journal. J'ai donc de nouveau examiné le cas, et voici ce que j'ai appris.

Le patient est d'une constitution nettement rhumatismale, ayant souffert de douleurs rhumatoïdes dans les membres et les jointures, depuis plus de trente ans, mais il n'a eu ni rhumatisme aigu ni iritis rhumatismal. Il a eu de fréquentes attaques de lombago, et il y a des signes d'arthrite rhumatismale chronique dans les articulations métacarpo-phalangiennes et dans le genou droit, et en outre une hypertrophie et des irrégularités considérables des deux tibias. La première articulation métacarpo-phalangienne droite fait entendre un craquement distinct dans les mouvements.

La tumeur du côté gauche siège dans l'espace triangulaire formé par le sterno-mastoïdien, le trapèze et la clavicule. Il y a deux pouces de diamètre depuis le centre de la clavicule jusqu'à la partie supérieure de la tumeur, au sommet du triangle, et deux pouces et demi depuis l'angle antéro-inférieur de la tumeur, recouvrant le bord postérieur du sterno-mastoïdien, jusqu'à la partie postéro-supérieure de la tumeur, en avant du bord antérieur du trapèze. La peau se meut librement sur elle, sans changement de couleur. La tumeur du côté droit est analogue, mais plus petite que celle du côté gauche.

A gauche de l'apophyse épineuse des vertèbres cervicales supérieures, est une tumeur appréciable, ferme et assez sensible, contrastant fortement avec l'état de flaccidité des muscles du côté droit des mêmes apophyses. Je la considère comme une hypertrophie du trapèze, due à ce que le patient portait des fardeaux sur l'épaule gauche, et probablement aggravée actuellement par un léger rhumatisme musculaire. Il y a de l'œdème des deux jambes; mais il n'y a pas de tumeurs semblables, œdémateuses ou lipomateuses, dans aucune autre des régions mentionnées dans votre article.

L'urine a toujours de temps en temps déposé des sels, sa densité est de 1016; mais elle est pâle, limpide, incolore, sensiblement acide, ne contient ni albumine ni sucre, et ne présente pas de quantité appréciable d'acide urique (*The Lancet*, 2 décembre 1882, t. II, p. 962).

M. Millican ne dit pas connaître d'autre fait du même genre.

En résumé, mon cher maître, vous avez vu, comme M. Potain et M. Millican, le pseudo-lipome sus-claviculaire chez des rhumatisants; un des malades de M. Potain était diabétique; Curling et Hilton Fagge ont trouvé ces tumeurs chez des sujets atteints de crétinisme sporadique; Ord, Dyce Duckworth et autres chez des myxœdémateux. D'où il résulte qu'il existerait, au point de vue étiologique, quatre variétés de pseudo-lipome sus-claviculaire.

Mais, si l'on admet avec vous que les diabétiques sont pour la plupart des rhumatisants, voici tout d'abord deux variétés réduites à une. Si d'autre part on tient compte de ces faits : 1° que la malade de Hadden, celle de Lloyd, une de celles de Duckworth et une de celles de Lunn sont signalées comme étant des rhumatisantes; 2° que la constitution des autres malades atteints de myxœdème n'est pas indiquée; 3° que le malade qui a fait le sujet de la belle observation de M. Henrot était diabétique (1), ainsi qu'un autre observé par M. Fiessenger (2); tandis qu'un malade de M. Goodhart était goutteux et avait deux frères diabétiques (3), je ne serais point éloigné de rattacher le myxœdème au rhumatisme et de ranger le pseudo-lipome sus-claviculaire des myxœdémateux avec les variétés rhumatismale et diabétique.

Reste la variété crétinoïde. Comme celle-ci est liée à une affection le plus souvent accidentelle, consécutive à un arrêt de développement causé par une maladie grave, peut-être faudrait-il la laisser à part, jusqu'à ce qu'on soit mieux renseigné sur l'influence de l'hérédité invoquée par M. Langdon Down pour expliquer

(1) *Union méd. du Nord-Est*, 1877, vol. I, p. 305, et 1882, vol. VI, p. 353.
(2) *Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1881, p. 301.
(3) *Trans. clin. Soc.*, 1882, p. 94.

l'apparition de l'état crétinoïde chez les enfants. Toutefois, je dois faire remarquer qu'il existe entre le myxœdème et l'état crétinoïde de bien grandes analogies, puisque malgré tous les efforts tentés par les médecins anglais pour séparer les deux affections, elles sont confondues par d'autres auteurs. Par exemple, le fait de MM. Bourneville et d'Olier et celui de M. Guerlain communiqué récemment à la Société de Chirurgie, donnés comme des cas de myxœdème, répondent tout à fait à la description que Curling et Hilton Fagge ont donnée de l'état crétinoïde. Cet état ne serait-il qu'une variété accidentelle du myxœdème spontané? Je serais assez porté à le croire, d'autant plus qu'une des malades de Hilton Fagge était bien nettement arthritique, — et dès lors le pseudo-lipome sus-claviculaire de l'état crétinoïde se confondrait avec celui du myxœdème; celui-ci rentrant dans la variété rhumatismale, il n'y aurait plus qu'une seule espèce de pseudo-lipome sus-claviculaire, que je proposerais d'appeler, pour mettre tout le monde d'accord, *arthritique*.

Peut-être, mon cher maître, trouverez-vous, et d'autres aussi, que cet essai de synthèse est un peu prématuré; c'est pourquoi je déclare que je ne le propose que sous toutes réserves.

A côté de ce pseudo-lipome sans capsule, comme l'a vu M. Curling, se trouve un vrai lipome, que Lisfranc et M. Ollier ont enlevé par une opération chirurgicale, que M. Hardman a pris pour un abcès et incisé et dont M. Chambert a disséqué un spécimen, à Clamart, chez une malade morte de phthisie pulmonaire. C'est là le lipome qu'on peut appeler *chirurgical*, par opposition au pseudo-lipome, et qui présente les mêmes caractères dans la région

sus-claviculaire que dans les autres régions : les lobules graisseux sont enveloppés d'une capsule. Cette variété est assez rare, puisque nos recherches assez étendues dans la littérature française et étrangère ne nous en ont fait trouver que trois cas, non compris celui de M. Chambert. Mais maintenant que l'éveil est donné, je ne serais pas surpris d'en voir surgir de tous côtés.

Veuillez agréer, etc.

L.-H. PETIT.

P.-S. — M. Verneuil nous disait dernièrement qu'il se pourrait bien qu'on ait enlevé quelque pseudo-lipome sus-claviculaire sans le savoir. Un de ses anciens élèves vient de lui envoyer une observation qui paraît démontrer que sa prévision était juste.

« Une dame d'une quarantaine d'années, douée d'un fort embonpoint, non glycosurique, mais arthritique et peut-être un peu alcoolique, portait sur l'épaule gauche, dans le triangle sus-claviculaire, une tumeur presque immobile, rénitente, à grand axe dirigé de dehors en dedans, et dont l'apparition remontait à deux ans au moins. On avait employé sans succès, dans le but de la faire disparaître, diverses pommades fondantes, les cataplasmes, et, à l'intérieur, une quantité considérable d'iodure de potassium.

» Le docteur X..., chef interne à l'hôpital où j'étais alors interne, crut comme moi à un lipome, et opéra avec mon assistance. La tumeur fut difficile à énucléer, et même l'opérateur ne fut pas sûr d'avoir tout enlevé. Les suites furent heureuses; il y eut cependant au quatrième ou cinquième jour une éruption d'herpès zoster à la face postérieure et

externe du bras. C'était, avec les éruptions d'acné, une preuve de la constitution arthritique de la malade. L'examen de la tumeur, à l'œil nu, nous laissa indécis; ce n'était pas du lipome; elle avait plutôt l'aspect et la consistance d'une tumeur maligne. Néanmoins, depuis trois ans, il n'y a pas eu la moindre récidive. »

Malgré l'opinion émise par les jeunes opérateurs sur la nature de la tumeur et basée sur son examen à l'œil nu, M. Verneuil pense que cette tumeur, d'après son siège, ses caractères avant l'opération, ses limites indécises et sa bénignité, était un pseudo-lipome sus-claviculaire.

NOUVEAUX FAITS DE LIPOME SUS-CLAVICULAIRE (1)

Dans le courant de cette année, j'ai recueilli quelques nouveaux faits non de pseudo-lipomes, mais de véritables lipomes de la région sus-claviculaire. Deux ont été envoyés à M. Verneuil par des praticiens de province; j'en ai trouvé deux autres dans mes lectures; enfin M. Verneuil en a extirpé un dont j'ai présenté la pièce à la Société anatomique le 9 novembre dernier.

L'observation suivante, prise avec beaucoup de soin par M. le docteur Chertier (de Nogent-sur-Seine), qui en a connu le sujet pendant trente-cinq ans, est des plus intéressantes au point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique. La malade a présenté pendant longtemps des phénomènes

(1) *Gaz. hebd.*, 21 décembre 1883, n° 51, p. 836, et 25 janvier 1884, n° 4, p. 55.

pouvant se rapporter au rhumatisme, et en dernier lieu un abcès ossifluent qui a fait penser à la scrofule. M. Chertier en a conclu qu'il avait eu affaire à une scrofuleuse et non à une rhumatisante; mais la rareté de la scrofule pure chez les vieillards nous ferait plutôt admettre une combinaison des deux diathèses, un de ces états *hybrides*, comme les appelle M. Verneuil, dont le dernier terme, la scrofule, ne s'est manifesté qu'à la période d'épuisement du sujet.

OBS. I. — *Lipome sus-claviculaire bilatéral; polyadénite cervicale; œdèmes et névralgies divers. Abcès ossifluent rétro-pharyngien. Mort subite.* — Mme V..., soixante-dix-sept ans, petite, forte, bien constituée, tempérament sanguin, n'a jamais été malade; ni rhumatismes, ni gourmes dans l'enfance. Elle a six frères et sœurs robustes et bien portants; deux enfants mariés, en bonne santé; la fille de sa fille est morte à vingt et un ans de phthisie pulmonaire.

En janvier 1880, habitant depuis six ans une chambre froide, exposée au nord, mal éclairée, mais non humide, Mme V... est prise de névralgie sciatique qui cède au mois de mai, après plusieurs récidives, à l'application de pointes de feu.

En janvier 1882, polyadénite de la partie latérale droite du cou. Traitement : amers, gentiane, houblon, préparations iodées *intus* et *extra*. Les ganglions grossissent; la peau se prend, rougit, s'ulcère et pendant plusieurs mois il s'écoule un pus séreux avec des grumeaux de matière caséeuse. A la fin d'août, les ganglions sont vides; ils laissent trois cicatrices qui sont toujours restées fermées depuis.

Mme V... était sensiblement mieux, quand au mois de septembre elle est prise pendant la nuit d'un gonflement de toute la face, qui en quelques jours devient très tuméfiée, rouge, luisante, avec chaleur et prurit. Rien du côté des ganglions. La pression du doigt laisse une légère empreinte. Petit mouvement fébrile qui tombe au bout de quelques jours; perte de l'appétit, malaise; le sommeil reste bon. Au commencement d'octobre, œdème de la main droite, qui gagne peu à peu le bras jusqu'à l'épaule. Pas

d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle qui puisse expliquer cet œdème local; rien du côté des poumons ni du cœur. La peau est légèrement colorée, douloureuse, et garde l'impression du doigt.

Liniments narcotiques, cataplasmes, membre tenu dans l'élévation, le tout sans grand bénéfice; cependant la douleur diminue.

Le 20 octobre, éclairé par la note de M. Potain, je découvre le cou, toujours caché par un fichu, et je constate la présence de trois tumeurs ayant les apparences du lipome : une de forme ovoïde, remplissant le triangle sus-claviculaire droit tout entier, une seconde sur le trapèze, remontant en haut et en arrière jusqu'au sillon cervical, plus grosse et plus large que la première. On sent la clavicule, mais on ne la voit pas; au-dessous d'elle, on constate un empâtement de la peau, sans limites précises, et qui ne garde pas l'impression du doigt.

A gauche, tumeur analogue, mais plus volumineuse, dans le triangle sus-claviculaire.

Les angles et les bords de ces tumeurs sont mousses, aplatis, se perdant insensiblement sans que le doigt puisse les limiter. La peau est blanche, lisse, sans rides; pas de sensibilité anormale, sauf à droite, où la tumeur aboutit à l'un des ganglions qui ont suppuré et dont la cicatrice est un peu rouge.

Dans le courant de novembre, l'œdème de la face varie, diminuant un jour, augmentant le lendemain, mais disparaissant progressivement, et en janvier 1883 il n'y a presque plus rien; la peau reprend ses rides.

En décembre, dans la région lombaire droite, douleur musculaire allant jusqu'à la ligne blanche et à l'aine; elle se manifeste au toucher et dans les mouvements; elle cède aux vésicatoires et à la morphine.

Au commencement de janvier 1883, douleur vive, bilatérale, à la région postérieure du cou, vers la base de l'occipital, et exaspérée par les mouvements, qui sont presque impossibles. Céphalalgie. Vésicatoires morphinés, soulagement. Sensation d'étranglement la nuit; le rejet de quelques mucosités le fait cesser. Rien de particulier à la colonne vertébrale. Deux jours après, cette sensibilité a disparu. Je regarde donc l'affection du cou et celle des lombes comme de nature rhumatismale.

L'œdème du bras droit a disparu en grande partie; la main seule est encore très tuméfiée; la douleur a cédé. Mais on trouve de l'œdème à la main et à l'avant-bras gauches, et il y en aurait eu même au pied gauche, d'après la malade, mais je ne l'ai pas constaté. Pas d'amaigrissement; appétit, digestions, sommeil bons.

Les urines, examinées à trois reprises, ont été un peu troubles lors du mouvement fébrile, mais sont habituellement limpides, jamais citrines, un peu foncées, ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni dépôt de sables uriques.

Les tumeurs du cou paraissent garder un volume constant, mais les œdèmes ont été et sont encore mobiles.

En février et mars, j'ai examiné à plusieurs reprises les vertèbres cervicales; aucune sensibilité à la pression, aucune tuméfaction, aucun bruit de frottement; tête droite, mouvements latéraux faciles, mais très légère flexion, avec douleur à la base de l'occipital. Le sentiment d'étranglement persiste et augmente même; cependant la respiration se fait bien, sans dyspnée; un peu de dysphagie ; on ne trouve rien dans l'arrière-gorgè. Affaiblissement progressif; un peu de somnolence, amaigrissement; les tumeurs diminuent peu à peu. La peau, qui était lisse à leur face, se couvre de rides.

Le 6 avril, le cartilage thyroïde est moins mobile; l'index, plongé aussi loin que possible dans le pharynx, constate au niveau de l'os hyoïde, sur la paroi antérieure du rachis, la présence d'une tumeur dure, lisse, élastique, et dont on ne peut atteindre la limite inférieure.

Le 7, même état. La malade reste levée tout le jour et mange comme d'habitude; en se couchant, elle se plaint de froid, dit qu'elle se sent gênée, et meurt en quelques minutes.

Je ne pus faire que l'autopsie du cou, avec l'assistance de mon confrère le docteur Janot.

La tumeur sous-claviculaire gauche, qui était la plus volumineuse, s'est affaissée et a laissé à sa place une dépression; cependant on la sent encore à la palpation; on ne la dissèque pas.

Les deux tumeurs du côté droit sont sensibles à la vue, mais ont aussi diminué de volume, et la peau qui la recouvre, comme celle de gauche, est ridée.

Nous disséquons le tégument du triangle sus-claviculaire droit, de manière à découvrir la partie externe du sterno-cléido-mastoïdien et le bord du trapèze. La tumeur est sous l'aponévrose superficielle, très amincie, et à laquelle elle adhère par places; elle s'enfonce sous le chef externe du sterno-mastoïdien, sous le trapèze et sous la clavicule; elle est recouverte par l'omo-hyoïdien. Sa surface est mamelonnée; les bords vont en s'amincissant et se continuent, sans limites précises, avec le peu de tissu graisseux qui reste dans la région. Elle siège bien sous l'aponévrose superficielle, puisqu'elle plonge sous les muscles et sous la clavicule. La face postérieure adhère par des tractus de tissu fibreux et conjonctif aux parties profondes, muscles, branches du plexus brachial, vaisseaux. Il y a dans toutes ces parties du tissu adipeux en continuité avec la tumeur. Celle-ci n'est donc pas enkystée. Pas de ganglions lymphatiques tuméfiés.

Le pseudo-lipome qui repose en arrière et en haut sur le trapèze est sus-aponévrotique. Il est de forme ovalaire, toutefois ses bords se continuent avec le tissu adipeux de la région. Par sa face antérieure, il adhère au *fascia superficialis*, et il faut le disséquer en rasant le derme.

Tumeur du pharynx. — Je m'étais engagé envers la famille à ne faire que de petites incisions à la peau; je ne pus donc examiner qu'imparfaitement cette tumeur. Je plonge l'index droit sous la région thyroïdienne, le gauche dans le pharynx; mes deux doigts se touchent. Je presse fortement l'index droit sur la tumeur, et il sort un flot de pus grisâtre, sans odeur, sans grumeaux caséeux; la tumeur s'est affaissée et on trouve à la place, au niveau du corps de la quatrième ou cinquième vertèbre, une excavation laissant pénétrer l'extrémité du doigt.

« En résumé, dit en terminant M. Chertier, après une sciatique, peut-être *a frigore*, une adénopathie suppurée ouvre la scène en janvier 1882; puis surviennent des œdèmes douloureux et mobiles sur la face et les membres supérieurs. J'ai pensé d'abord que les œdèmes, les pseudo-lipomes, les douleurs névralgiques ou myalgiques étaient des affections dépendantes de la diathèse rhumatismale. Aujourd'hui j'hésite; la maladie commence par des gan-

glions qui suppurent ; elle finit par un abcès ossifluent. Il y a de la scrofule là-dessous. »

Les deux tumeurs du côté droit, envoyées à M. Verneuil, ont été examinées dans le laboratoire de M. Ranvier par M. Suchard, qui nous a remis à ce sujet la note suivante :

Description macroscopique. — Deux masses de tissu graisseux aplaties, ovalaires, grandes environ de 5 centimètres carrés, épaisses de 1 centimètre.

L'une des faces de chaque masse est recouverte par une lame fibreuse qui paraît être un fascia sous-cutané ou interstitiel.

A la coupe le tissu des masses paraît constitué par des lobules de graisse jaune, séparés les uns des autres par des lames très minces de tissu conjonctif.

Dans les parties centrales d'une des masses, on trouve deux petits ganglions lymphatiques gros comme des pois et paraissant sains; dans l'autre, une artère du calibre d'une plume de pigeon.

Tous ces tissus paraissent très gras, mais non altérés.

Examen microscopique. — Le vaisseau indiqué est une petite artère à type musculaire qui ne présente aucune lésion appréciable au microscope.

Les ganglions lymphatiques sont gros, mais ne présentent aucun signe d'inflammation.

Le tissu graisseux qui forme les masses est constitué par des cellules adipeuses parfaitement normales, groupées en lobules dont les parois sont des lames très minces de tissu conjonctif lâche : en certains points ce tissu conjonctif est disposé en lames plus étendues, qui se continuaient suivant toute apparence avec un fascia sous-cutané.

En aucun point de la périphérie des masses de graisse on ne trouve de capsule nettement limitée, comme dans les lipomes par exemple.

Ce dernier caractère, indiqué par M. Suchard, est le seul qui distingue les tumeurs examinées du véritable lipome sus-claviculaire. En effet, dans le cas actuel, le lipome était sous-

aponévrotique et allait jusqu'aux vaisseaux et nerfs profonds, passait sous le sterno-mastoïdien, le trapèze, la clavicule, comme les véritables lipomes dont nous avons rapporté l'observation. Si ce n'est un vrai lipome, et nous penchons pour l'affirmative, contrairement à l'auteur de l'observation, c'est au moins une tumeur graisseuse dont on aurait pu faire l'ablation; on aurait eu peut-être quelque difficulté à la séparer du derme, mais non des organes profonds, comme M. Chertier l'a vu en faisant l'autopsie.

Il est à regretter que le début de ces tumeurs n'ait pas été mentionné, ce qui nous aurait peut-être renseigné sur les rapports de leur apparition avec les œdèmes multiples signalés avant leur découverte. Leur peu de volume, leur continuité avec le tissu graisseux voisin, semblent signifier qu'elles ne dataient pas de longtemps et que, si elles eussent été plus anciennes, elles se seraient enkystées et développées dans les directions indiquées par leurs prolongements sous-musculaire et sous-claviculaire.

Dans le fait suivant, communiqué à M. Verneuil par M. le docteur Holliet, de Jendrey (Jura), la tumeur, quoique ayant débuté à la partie supérieure du creux sous-claviculaire, s'étendit bien au-dessous de la clavicule, de manière à présenter la forme d'une gourde dont le collet correspondait à la clavicule, la grosse tubérosité restant au-dessous de cet os, et la petite au-dessus.

Obs. II. — J..., cinquante-cinq ans, robuste cultivatrice, n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, mais pendant une vingtaine d'années, tous les mois ou même deux fois par mois, de violents maux de tête, des douleurs gravatives sus-orbitaires, et plus tard, des douleurs dans les bras, surtout dans le bras gauche il y a six ans. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais la

malade présente sur le cou-de-pied droit une large plaque d'eczéma chronique.

La tumeur a débuté, il y a quinze ans, près du bord supérieur du trapèze, dans le creux sus-claviculaire gauche; elle avait alors la grosseur d'une noix; depuis elle s'est développée surtout dans le sens vertical, où elle mesure 20 centimètres, et 12 centimètres transversalement; elle passe sur et sous la clavicule, dont on sent à peine le tiers externe, et en dedans atteint le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien; en bas, elle occupe la partie interne de la région sous-claviculaire; en haut, elle déborde un peu le bord supérieur du trapèze. Elle a la consistance du lipome. La peau est saine et n'adhère pas aux parties profondes.

La malade n'a jamais été incommodée par la tumeur; quelquefois seulement un peu de raideur dans le cou; pas de phénomènes de compression; pas de gêne, pas de fourmillements douloureux dans le bras. Quelques dilatations veineuses sur la tumeur.

Au lieu de se développer uniquement dans la profondeur, le lipome sus-claviculaire s'étend parfois en même temps du côté de la peau, et passe alors sur la clavicule, comme dans le cas que nous venons de citer, et dans le cas suivant (1).

Obs. III. — Jeune fille de vingt et un ans, entrée le 17 novembre 1858 à l'hôpital des cliniques, service de Nélaton, pour une tumeur volumineuse de la partie latérale droite du cou. Elle a pour limites, en haut, l'oreille; en bas, la paroi antérieure de la poitrine, à 5 ou 6 centimètres au-dessous de la clavicule; en arrière, les apophyses épineuses cervicales, en suivant à peu près dans ce sens le bord interne du trapèze; en avant elle dépasse la ligne médiane de 2 centimètres, et refoule à gauche le larynx et la trachée.

Elle a le volume d'une tête d'adulte, et mesure 20 centimètres

(1) Nélaton, *Journ. de méd. et de chirur. prat.*, 1859, 2e sér., t. XXX, p. 255.

verticalement; sa surface est lisse, légèrement lobulée; peau saine, non adhérente. Le muscle sterno-mastoïdien passe par-dessus; adhérences aux parties profondes; pas de battements. Consistance assez ferme; non fluctuante. Elle a débuté quatre ans et demi auparavant, sur la partie latérale et moyenne du cou; accroissement rapide depuis deux ans; indolence complète; pas de céphalalgie, d'étourdissements, de dyspnée; la tumeur ne gêne que par son poids et son volume.

Diagnostic : tumeur fibreuse.

Opération le 5 décembre.

La tumeur, enkystée par une enveloppe cellulo-fibreuse complète et très résistante, est disséquée presque sans effusion de sang et avec facilité, sauf au niveau des troisième et quatrième apophyses transverses cervicales, auxquelles elle adhère assez intimement; les fibres étalées du peaucier et du sterno-mastoïdien sont reconnues et en partie divisées à la surface de la tumeur; la veine jugulaire externe est ménagée; la veine jugulaire interne, la carotide, la sous-clavière, le pneumo-gastrique, le phrénique, les plexus brachial et cervical sont dénudés par cette large plaie, que des lambeaux cutanés, taillés à dessein, doivent recouvrir complètement.

Après l'opération, la malade tombe dans un état syncopal qui cesse en maintenant la tête dans une position fortement déclive, mais qui se reproduit à plusieurs reprises pendant vingt minutes. Comme elle n'a perdu que quelques cuillerées de sang et qu'elle n'a nullement souffert, Nélaton se demande si cette syncope persistante ne peut pas être attribuée à l'attouchement ou à la simple dénudation des nerfs de la région et en particulier du pneumogastrique et du phrénique.

La tumeur enlevée pèse 2405 grammes; c'est un lipome dense, *fibro-graisseux*, dont le tissu est comparable, pour l'aspect et la résistance, au pannicule cellulo-graisseux dense et serré qui double normalement la peau de la plante du pied ou de la région cervicale postérieure.

Réunion de la plaie par la suture; cicatrisation parfaite le 6 janvier 1859. Pas d'accidents pendant la cure. A peine un peu de fièvre les trois premiers jours.

L'erreur de diagnostic commise par Nélaton sur la nature exacte de la tumeur s'explique facilement en présence de sa structure, qui lui avait donné une densité peu ordinaire.

C'est par hasard, en feuilletant un volume de *The Lancet*, que nous avons trouvé, dans un travail sur les pansements, un fait analogue à celui de Nélaton, bien que la tumeur fût moins volumineuse dans le nouveau cas (1).

Obs. IV.— Femme de soixante et un ans, de bonne santé, admise à Queen's Hospital le 18 septembre 1879 pour une tumeur située sur l'épaule et le côté gauche du cou, étendue latéralement depuis l'aisselle jusqu'au niveau du larynx, recouvrant le triangle postérieur (sus-claviculaire) et la moitié inférieure de l'antérieur (sous-claviculaire), toute la clavicule et la partie supérieure du grand pectoral. Le diamètre antéro-postérieur était le plus long, et mesurait 13 pouces.

La tumeur s'était accrue lentement pendant dix ans, et rapidement les six derniers mois. Elle était élastique et assez mobile et ne gênait que par son volume et son poids. Peau sus-jacente rétractée. Diagnostic : lipome.

Opération le 24 septembre après éthérisation. Incision à partir d'un pouce en dehors de la fossette épisternale jusque vers la partie moyenne de l'épine de l'omoplate; dissection de la tumeur des tissus sous-jacents, d'arrière en avant; adhérence très grande à l'acromion; la tumeur est libre et lobulée en avant; elle s'étend jusqu'au trapèze etprofondément dans le triangle antérieur du cou, mettant à découvert, après son ablation, le sommet de la plèvre et les gros vaisseaux et nerfs de la tête et du membre supérieur.

La malade ne perdit que quelques gouttes de sang; pas de vaisseaux liés. Immédiatement après l'ablation de la tumeur, la plaie mesurait en superficie 8 pouces et demi en long et en large; badigeonnage externe avec le collodion styptique; réunion des

(1) Sampson Gamgee, *Absorbant and medicated surgical dressings* (*The Lancet*, 1880, vol. II, p. 127).

bords avec sept sutures d'argent; tube à drainage et compression avec un spica de l'aisselle par-dessus des tampons d'étoupe.

Nuit bonne. Le lendemain matin, température 38°,6; pouls 118; respiration 32. Aucun symptôme fâcheux.

1er octobre (septième jour). Pouls 94; respiration 24; température absolument normale; elle le demeura jusqu'à la fin, sauf un jour (13 octobre) où la malade toussa pendant quelques heures; elle s'éleva alors à 38°,4 le soir, pour revenir à la normale le lendemain matin.

Au bout d'une semaine on permit à la malade de se lever, après l'ablation du drain et des sutures et l'application d'un nouveau pansement compressif. Les bords étaient réunis dans presque toute leur étendue, mais la semaine suivante ils se désunirent un peu. On les rapprocha avec des bandelettes de diachylon, des tampons compressifs, de la mousseline absorbante et du coton. On n'y toucha pas pendant une semaine, et la cicatrice était alors très solide. (A ce travail sont annexées deux planches; une avant l'opération, une après la guérison.)

Chez la malade opérée par M. Verneuil, la tumeur était aussi profonde, et la compression du plexus brachial avait donné lieu à des fourmillements douloureux.

Obs. V. — Mme J..., cinquante-six ans, présente dans le triangle sus-claviculaire droit une tumeur à contours arrondis, ayant 8 centimètres de diamètre en tous sens, et faisant une saillie de 3 à 4 centimètres au-dessus du plan normal, comparé à celui du côté gauche. Elle est limitée en dedans par le sterno-mastoïdien, en dehors et en arrière par le bord antérieur du trapèze, en bas par la moitié interne de la clavicule. Elle est uniformément molle, de consistance pâteuse, non fluctuante, mobile sous la peau, qui n'a contracté avec elle aucune adhérence; les veines de la partie supérieure du thorax sont un peu dilatées de ce côté.

Cette tumeur a débuté il y a six ans, au moment de la ménopause, s'est développée très lentement pendant cinq ans, un peu plus rapidement depuis un an, et a doublé de volume depuis trois mois.

Mme J... est grande, robuste; teint coloré, rougissant facilement; la peau de la poitrine se couvre subitement de roséole dès qu'on la met à nu. Bonne santé habituelle; pas de maladies antérieures; tempérament névropathique excessif; pas de rhumatisme articulaire, pas de migraine, mais déformation des deux gros orteils (oignon).

M. Verneuil, consulté, diagnostique un lipome vrai de la région. La tumeur ne fait pas saillie sous la clavicule, mais il est probable qu'elle s'est développée profondément et comprime le plexus brachial, à cause de fourmillements douloureux qui existent dans tout le membre supérieur. Ces phénomènes se sont manifestés pour la première fois il y a trois ans, à la suite d'une application de collodion sur la tumeur; celle-ci avait alors diminué considérablement de volume, avait même presque disparu, mais avait fait place à une douleur assez vive dans le bras et le côté droit de la poitrine, qui, avec les fourmillements, persista avec plus ou moins d'intensité depuis cette époque.

Le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice qui ne ramena qu'un peu de tissu graisseux, et par la présence d'un autre lipome moins volumineux, situé à la face antéro-interne du coude droit.

Opération le 8 *novembre* 1883. — Incision de 8 centimètres, presque verticale, suivant l'axe de la tumeur, en dehors du sterno-mastoïdien et en dedans de la jugulaire externe; division de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; ouverture de quelques artérioles qu'on saisit avec des pinces hémostatiques; la tumeur, renfermée dans une capsule très épaisse, est isolée facilement avec le doigt après l'incision de cette capsule. On éprouve quelque difficulté à l'extraire de sa loge à cause d'un prolongement très large développé sous les deux branches supérieures du plexus brachial, et de telle sorte qu'en suivant la limite profonde du lipome de bas en haut pour effectuer la séparation, avec l'index recourbé en crochet, celui-ci passa sous les deux branches susdites du plexus, qui furent un peu tiraillées.

La tumeur enlevée, le fond du creux sus-claviculaire était si bien disséqué, qu'on voyait à travers la lame profonde de la capsule le plexus brachial, l'artère sous-clavière et l'extrémité du

tronc brachio-céphalique. Le lipome, comme dans tous les cas de ce genre, s'étendait donc jusqu'au sommet de la plèvre, mais n'était pas encore assez développé pour faire saillie sous la clavicule.

Lavage du foyer avec l'eau phéniquée à 5 pour 100. Tube à drainage en caoutchouc rouge, couché verticalement, suivant toute la longueur de la plaie et sortant par l'angle inférieur; réunion des lèvres par des sutures d'argent; pansement légèrement compressif avec des éponges, de la ouate et un spica de l'épaule.

Aucun accident général à la suite. Les urines furent chargées d'urates pendant quelques jours. La réunion primitive manqua, et il y eut un peu d'inflammation de la partie supérieure de la plaie; quelques cataplasmes la firent disparaître, et un mois après l'opération Mme J... était entièrement guérie.

Il ne reste actuellement (18 décembre) qu'un léger engourdissement douloureux dans l'épaule et le bras du côté opéré.

Toutes les observations rapportées dans cet article et dans ceux qui ont été publiés antérieurement dans la *Gazette hebdomadaire*, permettent de résumer assez nettement l'histoire des lipomes sus-claviculaires, dont il importe de distinguer deux espèces : le pseudo et le vrai lipome. Elles sont assez difficiles à diagnostiquer sur le vivant, lorsqu'elles sont encore dans le triangle sus-claviculaire, sans limites précises, et de consistance molle.

Nous n'avons que peu de chose à ajouter à ce que nous avons dit au sujet du pseudo-lipome.

Le docteur Emil von Stoffella a publié, dans le *Wiener med. Wochenschrift* de 1878 (col. 380 et suiv.), trois observations de tuméfaction sus-claviculaire gauche chez des sujets atteints de troubles nerveux : le premier d'ataxie locomotrice, le second de névralgie cervico-brachiale, le troisième de névralgie thoraco-cervico-brachiale, rappelant assez les

phénomènes douloureux de l'angine de poitrine. L'auteur rapproche ces tuméfactions des lésions de nutrition qui sont sous la dépendance d'affections nerveuses, mais il ne se prononce ni sur leur nature, ni sur leur anatomie pathologique, et les caractères cliniques de ses observations sont si peu détaillés, qu'il ne nous est pas possible de chercher à en donner une interprétation plus exacte. Il ajoute d'ailleurs qu'en publiant ces faits il n'a voulu qu'attirer l'attention des observateurs sur la coïncidence qu'il a signalée entre les troubles nerveux et la tuméfaction sous-claviculaire.

Au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, on peut admettre que les tumeurs graisseuses, les amas de graisse, encapsulés ou non, sont le résultat de lésions de nutrition, et que, comme toutes les autres tumeurs ou néoplasmes, elles surviennent chez les arthritiques. Les trois malades de M. Chertier, de M. Holliet et de M. Verneuil, comme la plupart des malades cités dans mes premiers articles, l'étaient nettement; chez les deux autres, l'état constitutionnel n'est pas indiqué. Le sexe féminin paraît jouir d'une singulière prédisposition à ce genre de tumeur, puisque les sujets des cinq observations que nous venons de rapporter étaient des femmes. Dans le dernier cas, l'influence de la ménopause sur la marche du lipome a été des plus évidentes.

Le mode de développement de ces tumeurs est aussi très remarquable. Débutant généralement vers la partie moyenne du creux sus-claviculaire, elles se développent de préférence soit vers la superficie, comme dans le cas de Nélaton, soit vers la profondeur. Dans le premier cas, qui est le plus rare, elles peuvent acquérir un volume considérable; dans le second, gênées par les aponévroses, elles passent sous la clavicule, font saillie dans le creux sous-claviculaire, et alors seulement

acquièrent de grandes dimensions, comme dans les faits rapportés par M. Ollier et par M. Holliet, dans leur segment inférieur, le supérieur restant toujours le plus petit.

Du côté de la peau, leurs lobules se confondent le plus souvent avec ceux du tissu cellulaire sous-cutané, par suite de l'amincissement et de la dissociation des fibres de l'aponévrose superficielle et du muscle peaucier.

Le siège de ces tumeurs, leurs rapports avec le plexus brachial et les gros vaisseaux du cou, mentionnés dans tous les cas, rend compte des phénomènes de compression signalés soit du côté des nerfs, soit du côté des veines. Peut-être pourrait-on expliquer ainsi les œdèmes de la face et des membres supérieurs signalés dans l'observation de M. Chertier. Ces rapports constants ont une grande importance au point de vue chirurgical, puisque l'ablation de la tumeur entraîne toujours la dénudation de ces vaisseaux et nerfs. Le prolongement du lipome entre les branches du plexus brachial, rencontré par M. Verneuil, indique qu'il faut apporter une grande prudence dans l'opération, à cause du danger auquel il expose de sectionner ces branches nerveuses.

Le voisinage du cul-de-sac pleural, mentionné également dans presque tous les cas, et surtout dans celui de M. S. Gamgee, est encore une particularité dont l'importance ne doit pas échapper aux opérateurs.

Signalons encore, au point de vue du diagnostic, la réductibilité de ces tumeurs à la pression, qui s'explique par la possibilité du passage de ces tissus mous dans les espaces voisins sous-claviculaire et sous-scapulaire, et qui a fait songer, dans quelques cas, à une hernie du poumon dans le creux sus-claviculaire. C'est certainement à cette réductibilité qu'il faut attribuer aussi l'opinion de M. Langdon Down,

qui crut avoir affaire à des tumeurs veineuses (voy. plus haut, p. 150).

P.-S. — Depuis la publication de mon premier article sur le pseudo-lipome sus-claviculaire (*Gaz. hebd.*, 5 janvier 1883, p. 5), MM. Reverdin (de Genève) et Kocher (de Berne) ont publié d'intéressants travaux sur l'extirpation du corps thyroïde, et ont attiré l'attention sur un effet éloigné de cette opération : la dégénérescence physique et intellectuelle des opérés, qui tombent dans cet état que sir William Gull a décrit sous le nom d'*état crétinoïde*, et auquel on a donné depuis celui de *myxœdème* (1).

Ces auteurs pensent qu'il y a une relation de cause à effet entre l'extirpation du corps thyroïde et le myxœdème, dont ils font le résultat d'une altération de la nutrition générale provoquée par la cessation des fonctions de la glande.

Cette relation a déjà été signalée, comme nous l'avons dit plus haut (p. 146), en 1850, par M. Curling, chez deux sujets atteints à la fois d'absence du corps thyroïde et de tumeurs symétriques situées sur les parties latérales du cou, avec arrêt de développement du cerveau. Comme son travail est resté un peu trop dans l'oubli, je crois devoir attirer de nouveau l'attention sur le passage concernant la relation en question, et dont voici la traduction littérale et totale :

« Je ne connais aucun autre cas dans lequel l'absence du corps thyroïde ait été observée chez l'homme. Outre l'intérêt que peuvent avoir les faits que je viens de rapporter, à cause de leur grande rareté, le développement du tissu adipeux,

(1) Reverdin, *Note sur vingt-deux opérations de goitre*, in *Revue médicale de la Suisse romande*, avril, mai et juin 1883.— Kocher, *Kropfextirpation und ihren Folgen*, in *Arch. für klin. Chir.*, 1883, vol. XXIX, p. 254.

formant des tumeurs symétriques au cou, ne peut manquer d'ajouter à leur importance; car il est très probable que cette sécrétion anormale de graisse dépendait de l'absence des modifications qui résultent de l'action du corps thyroïde ou de quelque altération dans le processus d'assimilation, consécutive à l'absence de cette glande; et les faits dont les détails précèdent pourront peut-être servir à diriger les recherches des futurs observateurs sur l'usage de cet organe. Dans les contrées où règnent le goitre et le crétinisme, on a longtemps supposé qu'il y avait quelque rapport entre l'état morbide du cerveau et l'hypertrophie de la thyroïde. Les pathologistes ont été récemment portés à considérer la coïncidence de ces deux affections comme accidentelle, et sans aucune relation directe entre elles. Les cas précédents sont des exemples de conditions tout à fait opposées, savoir : un état pathologique du cerveau, ou crétinisme, combiné avec une absence totale du corps thyroïde, qui peut être regardée comme tendant à confirmer l'opinion plus moderne touchant les rapports entre le crétinisme et le goitre. »

Les observations nouvelles de MM. Kocher et Reverdin sont évidemment la confirmation de l'idée émise par M. Curling. L'ablation chirurgicale du corps thyroïde a réalisé de véritables conditions d'expérimentation, en reproduisant les deux termes du problème soulevé par M. Curling, savoir, l'absence du corps thyroïde comme cause, et le développement de l'état crétinoïde comme effet.

LA

THÈSE DE DOCTORAT

EN MÉDECINE (1)

Je viens de voir un jeune homme fort embarrassé. C'est un étudiant qui, après avoir fait d'assez bonnes études médicales, auxquelles il a consacré six années, conquis le grade d'externe des hôpitaux, passé tous ses examens avec d'assez bonnes notes, est à la veille d'être docteur. Mais alors surgit une grande difficulté. Pour être docteur, il faut présenter une thèse, et depuis deux ou trois mois il s'efforce en vain d'en rédiger une. « J'ai bien le sujet, me dit-il; j'ai même une belle observation inédite; j'ai parcouru, la plume à la main, bon nombre d'ouvrages pour me mettre au courant de la question, mais je ne sais que faire de mon observation et de mes notes. Comment assembler tout cela de manière à en faire une thèse? »

J'avoue que cette demande m'a rendu perplexe. Je ne connais, en effet, aucun *Guide à l'usage des étudiants qui veulent faire leur thèse*, et lorsque j'ai voulu donner à mon ami la marche à suivre pour rédiger la sienne, je me suis trouvé presque aussi embarrassé que lui. Néanmoins, à force d'y réfléchir, je suis arrivé à me formuler à moi-même un certain

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1883, n° 47, p. 765, n° 49, p. 801; 1884, n° 8, p. 117, n° 10, p. 151, et n° 12, p. 185.

Faut-il blâmer les élèves d'avoir recours à ce moyen? Pas plus que ceux qui les aident à se tirer d'embarras. Les uns font faire leur thèse parce que, comme mon ami, ils ne peuvent, malgré toute leur bonne volonté, en venir à bout. Ils prennent des notes sur leur sujet; ils résument de longs mémoires; ils recueillent des observations; ils savent tout ce qu'on peut savoir sur la question qu'ils se proposent d'éclaircir, mais une faculté leur manque, faute d'habitude bien certainement : celle de classer leurs documents dans l'ordre voulu et d'en tirer des considérations, remarques et conclusions sensées. Si tel qui parle mal peut écrire bien, en revanche tel qui parle bien peut écrire fort mal; cela se voit tous les jours.

A cette catégorie appartiennent la plupart des étudiants étrangers, qui, parlant couramment la langue française, l'écrivent d'une manière moins correcte; les médecins étrangers qui, désirant joindre à des titres fort honorablement acquis dans leur pays celui de docteur de la Faculté de Paris, viennent passer chez nous les examens exigés pour obtenir ce titre, dont la thèse.

D'autres feraient bien leur thèse, mais une belle clientèle s'offre à eux en province; il faut y aller vite, et ils partent dès qu'ils ont passé leur cinquième examen de doctorat. Pressés par le temps, et placés dans l'alternative de *bâcler* leur thèse ou de remettre à d'autres le soin d'en faire une bonne, ils choisissent ce dernier parti... et ils ont raison.

Que ceux-là me permettent toutefois de leur donner un conseil. Etudiez sérieusement votre thèse, de peur d'ignorer ce qu'elle contient, de soutenir le contraire de ce que vous êtes censé avoir écrit, et de démontrer ainsi à vos juges, sans réplique, qu'ils doivent vous refuser. Cela est arrivé.

A côté de ces étudiants excusables, il en est d'autres qui le sont moins. Ceux-là, à la vérité, deviennent de plus en plus rares; mais, il y a une quinzaine d'années, on en voyait encore un assez grand nombre à l'œil nu. C'est parmi ces étudiants qu'on trouvait ceux qui allaient à tour de rôle, le matin, signer la feuille d'hôpital pour eux et pour leurs amis, et profiter de leur dérangement pour entendre diagnostiquer ou réduire une fracture dans un service de chirurgie, ou voir percuter et ausculter un malade dans un service de médecine; l'après-midi, on allait fumer une cigarette ou deux à l'amphithéâtre, préparer un examen en assistant à l'interrogatoire des camarades, et dormir à un cours en attendant le dîner. Le soir... On comprend que, pour de tels travailleurs, obligés souvent de subir plusieurs fois le même examen avant d'obtenir la note *passable*, la confection d'une thèse eût été un labeur interminable, et qu'ils aient éprouvé le besoin de se faire suppléer.

Il en est parmi ceux-ci que je blâmerai pour une autre cause; ce sont les jeunes gens qui, ne s'étant pas senti la force de faire leur thèse, n'ont pas eu la délicatesse de payer celle qu'ils avaient commandée. J'ai, en effet, ouï dire que certains d'entre eux, la thèse passée, étaient partis en province sans laisser ni adresse, ni argent, ni même un seul exemplaire de l'ouvrage à son véritable auteur. *Horresco referens!*

Certains de ces messieurs, préférant toutefois employer leur argent à des choses plus agréables, rédigeaient eux-mêmes leur thèse; mais comme le savoir nécessaire, et non l'intelligence, leur faisait défaut, ils compilaient sans vergogne plusieurs thèses faites antérieurement sur le même sujet, et servaient le résultat comme tiré de leur propre fonds. C'est l'art d'accommoder les restes appliqué à la confection d'une thèse. Il faut

être obligé, par la nature de ses travaux, de lire un certain nombre de thèses ayant traité la même question, pour pouvoir se rendre compte de l'ingéniosité déployée par certains étudiants afin d'arriver à jeter de la poudre aux yeux de leur jury.

On raconte à ce sujet une singulière mésaventure arrivée à l'un d'eux. Sa thèse faite, par le procédé que je viens d'indiquer, il la présente, trouve un président, et la soutient. Malheureusement pour lui, un des agrégés chargés de l'examiner, ayant autrefois contribué à la confection de la thèse mère, reconnut son œuvre dans la nouvelle thèse, et dans son argumentation n'eut pas de peine à convaincre le candidat de plagiat. Ai-je besoin d'ajouter que la thèse fut refusée?

Il en est d'autres encore qui, pour aller plus vite, commencent leur thèse, à propos de n'importe quel sujet, par plusieurs pages d'anatomie, de physiologie, de pathologie, plus ou moins copiées dans les auteurs classiques. Ça ne vaut pas grand'chose, mais ça tient de la place.

Parmi ceux qui se livrent ainsi au plagiat, il en est un certain nombre dont la fraude est assez difficile à découvrir : ils vont prendre à l'étranger un travail qu'ils reproduisent ou remanient, et qu'ils servent en guise de thèse. Le plus bel exemple de ce genre que je connaisse est celui dont l'histoire se trouve dans les *Bulletins de la Société de chirurgie.*

En 1856, M. le professeur Jules Cloquet présenta à la Société la thèse inaugurale de M. José Prô, *Sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre.* « Cette thèse, disait-il, contient de précieuses recherches sur les pièces les plus intéressantes renfermées dans les musées de Londres. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 14 mai 1856, vol. VI, p. 505.)

M. Verneuil, chargé de faire un rapport sur ce travail, en

fit valoir longuement les mérites, et proposa dans ses conclusions : 1° d'adresser des remerciements à M. J. Prô; 2° de lui accorder le titre de membre correspondant. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 31 décembre 1856, vol. VII, p. 252.)

Mais, sur les observations de M. Giraldès et sa critique de la thèse et du rapport, on vota seulement des remerciements à l'auteur. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 7 janvier 1857, p. 267.)

Les choses paraissaient devoir en rester là lorsque, dix-huit mois plus tard, la Société reçut de M. Thompson, qui depuis a acquis une si grande renommée dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires, une lettre dans laquelle il accusait M. Prô de lui avoir pris un grand nombre de passages sans l'avoir cité.

« Ainsi, dit-il, la partie qui forme le corps de la thèse, et que l'auteur présente comme étant le résultat de ses propres observations, est presque intégralement traduite du deuxième chapitre de mon ouvrage; de plus, sur vingt-six pages qui forment l'ensemble des observations propres de M. Prô, vingt-trois sont traduites mot à mot, sans mentionner l'ouvrage où il les a puisées. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 9 juin 1858, vol. VIII, p. 527.)

Le plagiat avait été découvert par un rédacteur de l'*American Journal of the medical sciences*, qui le signala dans ce recueil, et c'est par cette voie que l'apprit M. Thompson, dont la réclamation à la Société de chirurgie était toute naturelle. Le livre pillé et l'affaire elle-même furent renvoyés à M. Verneuil, qui les examina à nouveau.

Le plagiat était flagrant. La religion de la Société de chirurgie avait été surprise, et comme M. Verneuil en avait été la cause, bien involontaire du reste, il crut nécessaire de s'en

justifier, ce qu'il fit avec cette entière bonne foi que l'on connaît. Et il ajouta, pour expliquer son erreur :

« La thèse présentée par notre honorable collègue Jules Cloquet était d'ailleurs dédiée à notre savant confrère M. Charles Robin et à M. le professeur Nélaton. M. Prô appelait le premier son maître et son ami; il remerciait le second « de la bienveillance dont il l'avait comblé ». C'est sous un tel patronage que ce travail arrivait à la Société; j'en fus nommé rapporteur. J'avais très souvent vu M. Prô à l'Ecole pratique; il avait disséqué dans le cabinet d'un des prosecteurs, mon ami; rien ne pouvait me faire soupçonner sa moralité scientifique. Il vint me faire une visite, m'instruisit des motifs très louables qui l'avaient engagé à aller en Angleterre pour y étudier sur place les riches collections, et me confia de plus que, espérant obtenir une place de professeur dans sa patrie, il tiendrait à grand profit et à grand honneur d'être associé aux travaux de notre Société.

» Toutes ces raisons, qui annonçaient un homme laborieux et ami de la science, agirent sur moi; je m'engageai donc à m'occuper sérieusement de son travail. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 16 juin 1858, vol. VIII, p. 535.)

Comment, en effet, soupçonner un plagiaire dans un monsieur qui se présente sous de tels auspices? La Société n'eut aucune peine à absoudre M. Verneuil, dont le second rapport contient une *exécution* de M. Prô qui doit lui avoir ôté à jamais l'envie de recommencer.

Voici un autre exemple de la manière dont on peut encore se servir d'un travail étranger pour faire sa thèse. Pour être moins blâmable que le précédent, car l'auteur reconnaît qu'il s'est *inspiré* de la lecture du travail étranger, il n'en est pas moins dangereux pour la littérature médicale.

Ma thèse de doctorat sur les rapports de la syphilis avec le traumatisme (1875) a été le point de départ de plusieurs travaux sur le même sujet, entre autres de M. Düsterhoff dans les *Archives de Langenbeck* (1). M. Bénicy, voulant faire à son tour une thèse sur la même question, a simplement résumé le travail de M. Düsterhoff, auquel il a ajouté trois observations (2). Le mal n'aurait pas été grand si seulement M. Bénicy avait pris la peine de contrôler les citations des auteurs français faites par l'auteur allemand. En effet, M. Düsterhoff, soit connaissance insuffisante de notre langue, soit lecture trop rapide des auteurs français, les a mal cités et leur a attribué des idées qu'ils n'avaient pas. M. Bénicy, traduisant M. Düsterhoff sans vérifier ses assertions, a donc commis les mêmes erreurs, dont voici quelques-unes.

J.-L. Petit rapporte qu'un blessé, ayant eu les deux jambes emportées par un boulet de canon, fut amputé de l'une au-dessus et de l'autre au-dessous du genou (*Œuvres complètes*, édit. de 1837, p. 807). M. Düsterhoff (p. 909) et M. Bénicy (p. 20) disent que mon illustre homonyme amputa les deux pieds de ce malade. M. Düsterhoff, qui cite d'après Girtanner, et qui n'avait peut-être pas à sa disposition les œuvres de J.-L. Petit, est excusable, mais non M. Bénicy, qui aurait pu lire le texte original.

Tous deux commettent une autre erreur à son égard, en attribuant à Lesne, l'élève et l'éditeur de J.-L. Petit, les opinions du maître. Que l'auteur allemand ait ignoré que les *Œuvres posthumes de chirurgie* de J.-L. Petit aient été *mises au jour* par M. Lesne, on peut encore le lui pardonner,

(1) *Arch. für klin. Chir.*, 1878, Bd XXII, p. 637 et 901.
(2) *Syphilis et traumatisme*, thèse de doctorat, Paris, 1879.

mais on a le droit de se montrer plus sévère pour un élève de la Faculté de Paris.

Je dis, dans un passage de ma thèse, que M. Verneuil, commentant en 1863 une observation de Mirault (d'Angers), qu'il rattache au rhumatisme, a signalé en note, d'après un fait de Jobert, l'influence de la syphilis sur les plaies, et que la lecture de cette note avait provoqué M. Guillemin à publier une observation semblable à celle de Jobert. A ce propos, M. Düsterhoff dit (p. 642) et M. Bénicy répète (p. 8) : « Plusieurs observations publiées en 1863 par Verneuil, Mirault (d'Angers) et Guillemin, concluent à la nécessité de soumettre le syphilitique à un traitement avant de l'opérer. » Or, à cette époque, M. Verneuil n'avait encore publié aucune observation; celle de Mirault (d'Angers) n'avait nullement trait à un syphilitique, comme M. Bénicy aurait pu s'en assurer en se reportant à l'indication que j'en donnais; celle de Jobert était passée sous silence; seul le fait de M. Guillemin conservait sa signification.

Il serait oiseux de multiplier ces rectifications. Cette thèse aurait pu être certainement intéressante si l'auteur s'était contenté de nous faire connaître les faits nouveaux contenus dans le travail de M. Düsterhoff, en y ajoutant les siens et en rectifiant les erreurs commises; mais nous savons qu'il est plus facile de résumer le travail d'autrui que d'en faire un qui soit personnel; seulement le mérite n'est pas le même dans les deux cas.

M. Bénicy n'est d'ailleurs pas le seul coupable. D'autres ont probablement abusé comme lui de leur connaissance de langues étrangères pour confectionner leur thèse; il en est même qui ont fait cet échange d'une Faculté française à l'autre. Il suffit de comparer, par exemple, la thèse

de doctorat de M. Finelli (de Montpellier) avec la thèse d'agrégation en chirurgie de M. Berger, pour se rendre compte de la contribution forcée qui a été imposée à celui-ci. M. Berger ayant écrit sa thèse en 1875 (1) et M. Finelli en 1878 (2), on voit immédiatement qui des deux a profité du travail de l'autre. M. Finelli a simplement remanié et résumé la thèse de M. Berger pour s'en faire une. Nous espérons bien que ce n'est pas sur de pareils documents que s'appuie l'École de Montpellier pour revendiquer, contre celle de Paris, l'honneur d'avoir établi la première les relations qui existent entre les états constitutionnels et les lésions traumatiques.

Nous devons à l'obligeance de notre excellent confrère M. le docteur Louis Thomas (de Tours), la connaissance d'un exemple de plagiat qui fait le pendant de celui de M. José Prô.

M. le professeur Costes (de Bordeaux) a écrit le premier, en 1859, une étude d'ensemble sur les tumeurs emphysémateuses du crâne. « Il se passa au sujet de celui-ci, dit M. Thomas, un fait heureusement fort rare dans les annales de la science, et qui mérite d'être raconté.

» En 1860, fut soutenue devant la Faculté de médecine de Paris une thèse sur le pneumatocèle du crâne qui est, moins le nom de l'auteur, une reproduction fidèle du mémoire de M. Costes.

» Cette thèse eut plus de retentissement que ne l'espérait sans doute, je ne dirai pas son auteur, mais son signataire.

(1) *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques*, thèse d'agrégation en chirurgie. Paris, 1875.

(2) *Influence de quelques états constitutionnels sur les maladies chirurgicales*, thèse de doctorat, Montpellier, 1878, n° 18.

Elle parvint à M. Costes, qui publia en réponse, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (2e série, 6e année, no d'août 1861, p. 364) un article intitulé : *Manière simple et facile de faire une thèse sur un sujet qui offre quelque nouveauté*. Cet article est imprimé sur deux colonnes : dans l'une se trouve l'original, dans l'autre la copie, et on peut s'assurer que celle-ci ne diffère du premier que par la transposition des différents paragraphes. » (A. L. Thomas, *Du pneumatocèle du crâne*, Th. de doct., Paris, 1865, p. 44.)

Ceci n'est pas tout à fait exact, en ce sens que l'auteur de la thèse a ajouté au texte de M. Costes quelques passages copiés dans Malgaigne et dans Jarjavay, une observation originale et quelques courts développements inspirés par celle-ci, mais l'appréciation de M. Thomas reste vraie dans son ensemble. Tout le mémoire de M. Costes, découpé en lambeaux que M. Voisin (tant pis, je le nomme) a changés de place, est entré dans la thèse de celui-ci sans que le nom du savant professeur de Bordeaux ait été une seule fois cité.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que M. Costes, dans sa réclamation, a fort malmené son plagiaire.

Passons aux bonnes thèses. Celles-là se font généralement sous l'inspiration d'un professeur, d'un médecin ou d'un chirurgien des hôpitaux, qui donnent à l'élève le sujet de la thèse, leurs opinions personnelles et souvent un certain nombre de documents qu'ils ont pu réunir eux-mêmes. Ces thèses, toujours sérieusement faites, se composent de deux parties : l'une de compilation, tendant à présenter l'état de la science sur la question; l'autre originale, renfermant le résultat de recherches faites à l'hôpital ou au laboratoire.

De la partie originale, je n'ai que peu de chose à dire.

Faite à loisir, sous la direction ou d'après les conseils du maître, il est bien rare qu'elle n'élucide pas quelque point douteux de la science médicale ou de l'art chirurgical. Les thèses sorties des laboratoires du Collège de France, de la Sorbonne ou de la Faculté de médecine, renferment des documents sérieux, et restent dans l'histoire d'une question comme autant de jalons indiquant les progrès accomplis dans telle ou telle voie. Nous pouvons en dire autant de celles, beaucoup plus nombreuses, qui sont consacrées à des sujets d'anatomie pathologique, de médecine, de chirurgie, d'accouchements, etc. Celles-là sont parfois le fruit de l'observation et des méditations de plusieurs années d'internat; elles sont souvent présentées comme mémoires pour le concours de la médaille d'or, et on les trouve, non moins souvent, à la fin de l'année scolaire, sur les listes des thèses récompensées par la Faculté.

Il ne faudrait pas croire cependant que toutes les thèses soutenues par des internes soient bonnes, ni que toutes les thèses qui ne sont pas d'un interne soient mauvaises; il en est de bonnes et de mauvaises partout, non pas toutefois dans la même proportion. A priori, toutes les thèses signées par les internes devraient être bonnes; mais on sait qu'il n'y a pas de règle sans exception.

J'aurai plus à critiquer la partie dite de compilation.

Celle-ci a pour but, avons-nous dit, de donner l'état de la science sur la question traitée dans la thèse, ou bien encore de fournir à l'auteur un nombre plus considérable de documents, en ajoutant ceux qui ont été publiés avant lui à ses observations personnelles. Ceux qui ont un peu l'habitude des recherches bibliographiques savent combien elles sont longues et difficiles, et il est bien rare qu'on les fasse sérieu-

sement quand il s'agit d'une thèse; le plus souvent elles aboutissent à des erreurs, ou bien elles sont fort incomplètes. Je m'explique.

A notre époque, il n'existe pas encore de catalogue complet de toutes les publications médicales; peu de recueils même ont une table générale des travaux originaux qu'ils renferment. Quiconque veut faire des recherches complètes sur un point donné, est donc obligé de parcourir une à une les tables annuelles des thèses, des journaux, en un mot des publications périodiques. Souvent aussi, quand on fait ces recherches à la Faculté, le volume dont on a besoin est absent de la bibliothèque: ce qui aura encore lieu longtemps, malheureusement, tant que le bibliothécaire n'aura qu'un budget insuffisant, ne sera pas armé d'un bon règlement qui interdise le prêt des ouvrages d'usage journalier dont il n'a qu'un exemplaire, et qu'il sera obligé de faire relier les livres au dehors. Que résulte-t-il de toutes ces difficultés? La plupart de ceux qui sont partis avec l'intention d'aller jusqu'au bout, voyant bientôt le temps énorme qu'il leur faudrait consacrer à ce labeur, ne tardent pas à s'arrêter et à chercher un moyen plus simple d'en finir. Le moyen est bien vite trouvé.

Il existe, en effet, çà et là, à la fin des articles des dictionnaires, à la fin de quelques thèses ou au commencement de *Revues générales* faites sur le sujet, des bibliographies toutes prêtes à aider le chercheur en détresse. A quoi bon, se dit-on, refaire ce qu'un autre a fait déjà? Et alors on recopie tout ou partie de ces bibliographies; on cite Hippocrate et Galien, Ambroise Paré et Fernel, Baglivi et Hoffmann, Sydenham et J.-P. Franck, etc., absolument comme si l'on s'était nourri, pendant six mois, des écrits textuels de ces

grands hommes; on ajoute l'indication bibliographique donnée par les devanciers sans vérifier si elle est fausse ou exacte, et souvent la bibliographie s'enrichit ainsi d'une erreur de plus.

Voilà ce qui arrive pour ceux qui sont remplis de bonnes résolutions; à plus forte raison en est-il de même pour ceux qui préparent leur thèse dans le seul but de se débarrasser d'une épreuve qu'ils jugent sans valeur, parce qu'elle n'entraîne que très rarement l'ajournement de l'élève; ceux-là, veux-je dire, n'abordent même pas la difficulté; qu'ils en connaissent ou non l'existence, ils trouvent préférable d'emblée de citer d'après n'importe qui, et c'est ainsi que se perpétuent des erreurs et des lacunes dont on ne pourrait sans cela s'expliquer la transmission d'une génération à une autre. Qu'on me permette de citer deux exemples.

Mon ami le docteur Ch. Leroux a écrit dernièrement un bon mémoire sur le paludisme congénital (*Revue de médecine*, juillet 1882, p. 561). En faisant des recherches sur le sujet, il trouva dans les travaux antérieurs deux faits rapportés en quelques lignes, et attribués à un auteur que les uns appelaient Pitre Aubanais et les autres Aubinais tout court. Voici ce qu'en disaient les thèses faites sur les fièvres intermittentes chez les enfants :

M. Carles, 1881, p. 18, cite Pitre Aubanais, sans indication bibliographique.

M. Canteteau, 1880, p. 16, dit : « M. Aubinais (*Union médicale*, 1851). »

M. Galland, 1879, cite Pitre Aubanais aux pages 13 et 17, sans indication bibliographique.

M. Folliet, 1878, p. 6, l'appelle Aubinais, et renvoie à l'*Union médicale*, 1851.

M. Boyer, en 1867, ne le cite pas.

M. Bossu, 1863, p. 9, dit : « M. Pitre Aubanais, » sans indication.

M. Larauza, 1859, p. 7, dit : « En 1854, un mémoire de M. Pitre Aubanais (*Gazette médicale*). »

M. Buret, 1854, p. 8 et 10, dit : « M. Pitre-Aubanais, » sans indication bibliographique.

M. Leroux, ayant vainement cherché le travail de M. Aubinais ou Pitre Aubanais dans l'*Union médicale* de 1851 et dans la *Gazette médicale* de 1854, me pria de lui venir en aide.

Je cherchai en vain, comme M. Leroux, à la table des volumes indiqués : il n'y a rien à *fièvre*, à *intermittente*, à *enfant*, à *paludisme*, à *congénital*, à *marais;* ni Pitre, ni Aubanais ou Aubinais ne figurent parmi les noms d'auteurs. De plus, deux travaux sur le même sujet, insérés dans l'*Union médicale* de 1851, ne mentionnent nullement celui que nous cherchions. Voulant en avoir le cœur net, je parcourus un jour ce volume, feuillet à feuillet, et à la page 180 je trouvai sous ce titre : *Gonflement de la rate chez les enfants naissants*, un petit article d'une vingtaine de lignes et commençant ainsi : « M. Pitre Aubinais rapporte, dans le *Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, l'observation de deux enfants... » Sans indication de date ni de volume.

Je n'étais pas beaucoup plus avancé, car il n'existe pas de journal portant le titre donné par l'*Union;* mais je connaissais un journal de médecine de Nantes, et en allant à sa recherche je trouvai le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure*. Ce devait être le mien, et, en effet, après avoir con-

sulté inutilement l'année 1851 ; je découvris dans l'année 1850 ce que je cherchais, et que je communiquai à M. Leroux. Mais il était dit que l'indication exacte de ce travail ne serait pas encore donnée cette fois-là.

Le mémoire de M. Leroux était déjà mis en pages quand je fis cette trouvaille; l'auteur ne put donc que l'ajouter sur l'épreuve en bon à tirer, qu'il ne corrigea plus. Il en résulta que le compositeur trouva moyen d'y glisser trois fautes. L'indication exacte étant : *Des fièvres pernicieuses intermittentes ou rémittentes, considérées dans leurs rapports avec la grossesse*, par le docteur Pitre Aubinais (*Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure*, 1850, t. XXVI, p. 15), le compositeur oublia *intermittentes*, mit *Seine* à la place de *Loire*, et 1856 à la place de 1850. Heureusement le chiffre du volume et de la page où se trouvent les observations (38-41) suffiront pour guider le lecteur qui voudra les lire.

Espérons que cette fois l'indication du travail de Pitre Aubinais restera telle que je l'ai écrite, et passera intacte à la postérité.

Je dois ajouter, pour être complet, que le résumé de ces observations se trouve indiqué dans la table de l'*Union* au mot RATE, mais sans nom d'auteur. Je n'ai pas jugé à propos de pousser la minutie jusqu'à feuilleter de même l'année 1854 de la *Gazette médicale*, ce qui d'ailleurs ne m'aurait probablement servi à rien.

Voici un autre exemple qui me fournit l'occasion de signaler trois mauvaises indications à la fois et, ce qui vaut mieux, d'en rectifier deux en passant. Il m'a été impossible de vérifier la troisième.

Il y a, en effet, depuis Rayer (*Maladies des reins*, t. III,

p. 370, 1841), trois observations d'hématurie intermittente ou périodique qui courent la littérature médicale, et, bien entendu, les thèses, sous divers travestissements. Rayer les attribue à Elliotson, à Gergères et à Stewart. Or, ni Rayer, ni aucun des auteurs qui les ont cités depuis lui, n'ont lu le texte original.

« M. Elliotson, dit-il, a vu chez une personne qui avait eu antérieurement une fièvre d'accès, une hématurie intermittente guérie par le sulfate de quinine. Le sang était toujours rendu dans la période de froid. » Et il renvoie pour la citation à Naumann, *Handbuch der med. Klinik*, B. VI, S. 52.

Il y a une erreur dans la traduction de Rayer, car Naumann dit : « L'émission du sang était toujours accompagnée d'un accès de frisson, » et non « survenait dans la période de froid », ce qui semblerait indiquer bien à tort que l'hématurie et le frisson étaient suivis des deux autres stades d'un accès de fièvre intermittente. Au reste, nous ne saurons que difficilement la vérité à cet égard, car Naumann ne donne pas l'indication bibliographique de sa citation, et les œuvres d'Elliotson, réunies sous le titre de *Principles and Practice of medecine*, 1839, ne mentionnent pas le fait auquel l'auteur allemand a fait allusion, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les chapitres consacrés à l'*hématurie* et à la *fièvre intermittente*. Par contre, Elliotson dit que Grégory a mentionné un cas où la fièvre intermittente alterna avec l'épistaxis, et un autre où cette fièvre alterna avec l'hématurie (p. 215). Peut-être est-ce là l'origine de la citation de Naumann, mal traduite par Rayer.

Le fait de Gergères a été trouvé par Rayer dans la *Gazette médicale de Paris* (1838, p. 151), qui l'a cité d'après le *Journal de la Société royale de médecine de Bordeaux*,

2e livraison, 1837, dit Rayer. — Or l'auteur de la relation s'appelle Gergerès et non Gergères; — le recueil s'appelle *Journal de médecine pratique*, ou *Recueil des travaux de la Soc. R. de méd. de Bordeaux*, et l'observation a été insérée dans le tome VII de l'année 1838, p. 66. C'est Rayer qui a changé de place l'accent du mot Gergerès, mais c'est la *Gazette médicale* qui a mal donné l'indication bibliographique. J'ai eu beaucoup de peine à trouver le recueil à cause de la dénomination que lui avait donnée le journal de Paris, et que les catalogues n'ont pas adoptée.

Le fait attribué à Stewart nous a autant intrigué que les précédents. Rayer le cite d'après le *Recueil périodique* de Sédillot, t. III, p. 145. Celui-ci, dont le vrai titre est *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, appelle l'auteur Hewart, et renvoie aux *Comment. medici* de Brugnatelli et Brera, 1re décade, t. I, part. I, 1797.

Je ne sais comment Rayer, qui cependant avait raison, a pu appeler l'auteur *Stewart*, car les deux ouvrages auxquels il renvoie l'appellent *Hewart*.

Le recueil italien donne le fait comme extrait d'une lettre envoyée par Hewart à Duncan, sans indication bibliographique. J'ai été longtemps embarrassé pour trouver l'original, et j'y avais même renoncé (1), ayant appris à mes dépens qu'on perd presque toujours son temps à chercher dans la littérature étrangère d'une certaine époque, lorsque, en faisant la liste des recueils qui ont une *table générale*, je tombai sur celle des journaux d'Edimbourg. Je me rappelai alors le fait de Duncan et de Hewart ou Stewart, sachant, comme tout le monde, que plusieurs générations de Duncan avaient fleuri à

(1) Voy. Verneuil, *Revue de chirurgie*, 1881, p. 584.

Edimbourg, et je cherchai à la table, où je trouvai l'indication du fait en question, puis, grâce à elle, l'observation originale (1). Il s'agit bien d'un cas d'hémorrhagie périodique par l'urèthre, communiqué à Duncan par Ch. Stewart, *chirurgien à Arkangel;* mais l'auteur ne dit pas quel intervalle séparait les retours des accès, dont chacun durait trois jours. L'observation ne me paraît donc pas, non plus qu'à M. Verneuil, mériter toute l'importance qu'on lui a attribuée, ni toute la peine qu'on s'est donnée pour en retrouver la relation originale.

Les imperfections que nous venons de signaler dans es thèses de doctorat ont, entre autres inconvénients, celui de déprécier singulièrement ce genre de travail. Il en résulte que la plupart d'entre elles restent dans l'oubli, que les auteurs négligent de les consulter, et que des documents importants y sont comme perdus. Qui se douterait, par exemple, que les ulcérations du pharynx et de l'œsophage dans la fièvre typhoïde, sur lesquelles M. Duguet a rappelé l'attention il y a quelques mois, ont été décrites vers 1840 par M. Nonat, ainsi qu'en fait foi la thèse de M. Typaldos-Prétenderis? Ce n'est certes pas moi, et je n'en saurais rien si M. Nonat lui-même n'avait pris la peine de venir à la bibliothèque de la Faculté me demander la thèse susdite, soutenue en 1846, pour relire le passage (p. 27) qui lui assure non pas la priorité, qui, je crois, appartient à Louis, mais l'antériorité sur quelques travaux récents.

L'oubli plus ou moins mérité dans lequel tombent les thèses a été cause que plusieurs maîtres ont réimprimé

(1) *Edinburgh med. Commentaries*, vol. XIX, p. 322, 1795.

dans leurs œuvres celles de leurs élèves qu'ils avaient inspirées, et qu'on en trouvera ainsi un assez grand nombre dans les *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil.

Voici d'ailleurs un fait qui prouvera mieux que tous les raisonnements combien on estime peu, dans les sphères officielles, notre collection de thèses. En vertu de certains accords internationaux, la Faculté de médecine de Paris donne sa collection annuelle de thèses aux Universités étrangères. Et sait-on combien, en échange de nos 30 gros volumes in-4°, la Faculté de Berlin nous donne? Deux volumes in-8° ! Et ceux qui ont pu comparer les deux collections trouvent que nous n'y perdons rien ! Ne serait-il pas urgent de chercher à améliorer un peu cet état de choses?

II. — Comment on devrait faire sa thèse.

Les thèses sont et doivent rester des recueils de documents, soit historiques, soit nouveaux sur la question à traiter. Elles pourront continuer à se composer d'une partie de compilation et d'une partie originale, de même que l'une de ces deux parties pourra suffire pour composer la thèse. De là trois espèces dans ce genre de travail. On peut en effet :

1° Exposer l'état actuel d'une question à l'aide de documents déjà publiés;

2° Exposer l'état actuel d'une question, peu étudiée jusqu'alors, et l'étudier ensuite à l'aide de documents nouveaux;

3° Etudier une question nouvelle.

I. — A propos d'un fait qui semble extraordinaire, celui qui l'a observé éprouve le besoin de connaître ce que ses

prédécesseurs ont pu dire sur le même sujet. C'est ainsi en particulier que sont nées les thèses faites depuis une quinzaine d'années sous l'inspiration de M. Verneuil, et relatives à l'influence réciproque des états constitutionnels et des lésions traumatiques. La plupart de ces thèses ont été faites à l'aide de la méthode bibliographique, en ajoutant çà et là quelques observations inédites à celles qui existaient déjà dans la science.

On est ainsi arrivé à faire l'historique de ces questions et à rendre à nos vieux auteurs la part, souvent bien minime, qui leur revenait dans ces chapitres de la pathologie générale chirurgicale.

Voici la marche à suivre pour faire une de ces thèses, sur lesquelles, à l'époque où elles ont été soutenues, il n'existait encore aucun travail d'ensemble, mais seulement un certain nombre de phrases, d'idées vagues, d'observations prises à d'autres points de vue, de faits écourtés, épars dans des ouvrages relatifs à tout autre sujet. Prenons par exemple les rapports du paludisme avec le traumatisme, dont on pourrait actuellement écrire l'histoire à peu près complète, ce qui était impossible à l'époque où M. Dériaud a rédigé sa thèse (1868), la première sur ce point.

Il faut parcourir les ouvrages, monographies ou chapitres consacrés au paludisme, aux fièvres intermittentes, aux complications des plaies, les récits d'expéditions de nos médecins de la marine ou de l'armée dans les pays à fièvre, lire les observations de leurs blessés ou opérés, copier ou résumer celles qui renferment des détails relatifs à l'influence du paludisme sur la marche et les complications des plaies, ou du traumatisme sur le réveil du paludisme, et chemin faisant, noter les idées de l'auteur sur le sujet.

La moisson de documents terminée, on pourrait déjà faire l'historique de la question ; il suffirait de ranger les documents par ordre de date, d'en dresser la liste, et de dire à propos de chacun d'eux : « A telle époque, M. X... écrivait : » ci, le passage s'il est court, ou le résumé s'il est trop long ; — ou bien : « A telle date, nous trouvons dans l'ouvrage de M. Z..., avec (ou sans) commentaires, une observation dans laquelle il est dit que... » Suit la citation *in extenso* ou en résumé.

L'examen et le classement des observations permettraient ensuite de faire la description nosographique du sujet.

Pour le paludisme, comme d'ailleurs pour tous les états constitutionnels dont les rapports avec le traumatisme ont été étudiés, on sait que l'état général et la lésion se comportent vis-à-vis l'un de l'autre de quatre manières : ou ils sont indifférents l'un pour l'autre ; — ou le premier seul réagit sur le second ; — ou le second seul sur le premier ; — ou les deux à la fois l'un sur l'autre. D'où une première division en quatre chapitres.

Le premier, celui de l'indifférence, ne comporte pas de subdivisions. Il a même été omis jusqu'ici dans les thèses dont nous nous occupons, et voici pourquoi. Lorsque M. Verneuil a entrepris d'étudier dans tous ses détails cette question si étendue, il a voulu d'abord connaître les manières dont les diathèses et les blessures se comportaient les unes envers les autres ; il a donc recueilli ou fait rassembler par ses élèves les faits positifs, en laissant de côté ceux d'indifférence.

Lorsqu'on reprendra l'étude de ces questions, il y aura lieu de tenir compte à l'avenir de cette catégorie de faits, surtout si ces études se font à l'aide d'observations nouvelles. Cent paludiques blessés étant donnés, par exemple, on devra

indiquer d'abord le nombre de cas dans lesquels le paludisme antérieur et la lésion n'ont eu aucune action l'un sur l'autre. Ce sera le chapitre de l'indifférence réciproque de la diathèse et du traumatisme.

On pourra encore, pour certains états constitutionnels dont les manifestations spontanées sont peu connues, dresser, comme étude préliminaire, la liste de ces manifestations; cet inventaire servira d'abord à indiquer dans quels chapitres de la pathologie il faudra chercher des renseignements sur les manifestations provoquées par le traumatisme chez tel ou tel diathésique; puis à montrer dans la suite que les accidents provoqués par le traumatisme ne diffèrent pas de ceux qui seraient nés spontanément. La série d'articles que M. Verneuil a consacrés récemment dans la *Revue de chirurgie* au paludisme considéré au point de vue chirurgical, pourra servir de modèle pour cette sorte d'introduction.

Le second chapitre, celui de l'influence de l'état général sur la lésion locale, comporte autant de subdivisions que l'état général peut faire naître de complications au point blessé; soit, pour le paludisme: l'hémorrhagie, la névralgie, l'érysipèle, la lymphangite, la gangrène, la pourriture d'hôpital, etc.

Le troisième, celui de l'influence de la lésion locale sur l'état général, comprend de même autant de subdivisions que le traumatisme peut réveiller de manières différentes la diathèse; soit encore, pour le paludisme : la fièvre intermittente, la splénite, les névralgies à distance, les spasmes, le tétanos, etc.

Le quatrième chapitre, celui de l'influence des deux états l'un sur l'autre, comprend autant de subdivisions que ces deux états ont de manières de se modifier réciproquement;

par exemple, le traumatisme rappelle immédiatement une des formes de la fièvre intermittente, et quelques jours après le paludisme fait naître une hémorrhagie au point blessé; ou bien nous trouvons des combinaisons de fièvre avec névralgie locale, de névralgie à distance avec hémorrhagie locale, etc.

Chacune des complications, soit de la blessure, soit de l'état général, pourrait d'ailleurs à elle seule faire le sujet d'un travail particulier. On pourrait alors en écrire l'historique, l'étiologie et la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Si l'on veut se borner à la question d'ensemble, il faut se contenter de faire, pour chacune des subdivisions que nous avons indiquées, l'énumération, l'inventaire en quelque sorte, de ses documents, en les faisant suivre de remarques sur leur importance ou leur signification à tel ou tel point de vue. On peut d'ailleurs, suivant leur nombre, les insérer *in extenso* ou en donner seulement un résumé plus ou moins étendu.

Si l'on se propose de ne traiter que la partie du sujet relative à une complication provoquée par le traumatisme ou la diathèse, il faut, pour tirer le meilleur parti possible de ses documents, en dresser un tableau dans les cases duquel on fera rentrer tous les détails des observations.

Soit, par exemple, l'hémorrhagie palustre. Prenez une grande feuille de papier; divisez-la par des lignes verticales en autant de parties qu'il y aura de détails relatifs à :

L'âge du sujet;

Son sexe;

Sa constitution;

Ses antécédents morbides;

La nature et le siège de la blessure;

La durée du paludisme;

Le nombre, la gravité des accès palustres antérieurs;

Les formes antérieures du paludisme;

Le traitement employé et ses résultats;

Le temps écoulé entre la blessure et l'apparition de l'hémorrhagie;

Les phénomènes concomitants locaux, à distance et généraux;

La durée, l'intensité de l'hémorrhagie;

Sa périodicité;

Le traitement employé, local ou général;

Son résultat.

Mettez en tête de chaque colonne une des désignations précédentes en laissant une place au commencement ou à la fin pour le nom de l'auteur et l'indication bibliographique, et écrivez sur autant de lignes horizontales qu'il sera nécessaire, en face de chaque auteur, les détails qui peuvent rentrer dans ces colonnes. En parcourant chaque colonne de haut en bas, on voit immédiatement les résultats que peuvent donner chacune des particularités du tableau. Vous n'avez plus qu'à réunir ces détails en autant de chapitres qu'il y a de colonnes et votre thèse est fondée sur des bases certaines.

En prenant, je suppose, 100 observations de ce genre, on sait immédiatement la proportion relativement exacte donnée par chaque particularité. N'est-ce donc rien que de pouvoir remplacer dans la description d'une maladie la formule banale : « Elle paraît plus fréquente dans l'enfance que chez l'adulte, ou chez l'adulte que chez le vieillard », par cette autre : « Sur 100 malades, 35 avaient de 5 à 10 ans, 30 de 10 à 15 ans, 17 de 15 à 20 ans, 10 de 20 à 25 ans, 5 de 25 à

30 ans, et 3 de 30 à 35 ans »? On voit ainsi que la maladie est plus fréquente dans le jeune âge, et qu'elle va en décroissant d'une période quinquennale à l'autre; mais on sait de plus dans quelles proportions, déterminées par des chiffres, cette décroissance a lieu, et la notion étiologique banale fournie par l'âge du malade est sortie de sa banalité.

On pourrait en dire autant pour le sexe, et d'une manière générale pour tout ce qui concerne l'étiologie.

Il est probable que beaucoup de nos colonnes resteront inoccupées dans un certain nombre de nos observations, parce que les auteurs les ont recueillies et rédigées à un point de vue différent du nôtre; mais nos lacunes mêmes pourront servir de point de départ à de nouveaux travaux, et notre tableau, de modèle à ceux qui nous suivront dans la même voie. Ceux-ci d'ailleurs prendront mieux leurs observations, connaissant d'avance la marche à suivre et les fautes à éviter.

Ce que je viens de dire peut s'appliquer à toutes les complications des plaies chez les diathésiques; on pourrait faire la même chose, avec de légères variantes, pour les réveils des diathèses sous l'influence du traumatisme, et d'une manière plus générale, pour l'influence réciproque du traumatisme et des diathèses, des états pathologiques anciens des viscères, des combinaisons des diathèses entre elles, etc. Que de dissertations intéressantes ne pourrait-on pas écrire sur ces sujets, et avec d'autant plus de facilité maintenant qu'ils ont été déjà un peu dégrossis! Il y a là une mine d'une fécondité rare, et qu'un grand nombre de générations d'étudiants pourront encore creuser avant de l'épuiser.

Ces recherches sont loin d'être sans charmes. On part sans savoir où l'on va, on est renvoyé d'un auteur à un autre, on ramasse en route mille choses intéressantes dont

on ne soupçonnait nullement l'existence, et l'on est tout étonné du nombre de documents publiés en cent endroits divers sur un sujet réputé nouveau. Je n'oublierai jamais l'extase dans laquelle mon camarade Ch. Péronne plongea notre excellent maître M. Verneuil lorsqu'il lui apporta l'énorme dossier qu'il avait composé avec les notes recueillies sur l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme, sujet sur lequel il n'existait alors aucun travail d'ensemble et qui fit l'objet de sa remarquable thèse (1870).

Les questions relatives à la pathologie générale chirurgicale n'ont pas seules le privilège de pouvoir être étudiées par la méthode bibliographique. On peut avoir utilement recours à celle-ci pour tous les sujets afférents aux diverses branches de la médecine. La plupart des thèses d'agrégation en sont des exemples, surtout celles de cette année, qui ne renferment qu'un petit nombre de faits inédits, mais qui sont des modèles d'analyse clinique ou d'histoire. C'est ainsi qu'on peut faire encore les travaux de statistique médicale ou chirurgicale ; que certaines affections ont pu être décrites exactement; que la valeur thérapeutique de certaines médications et opérations a pu être établie avec quelque certitude.

Sans doute, les recherches bibliographiques ne sont pas à la portée de tout le monde. Pour qu'elles aient quelque valeur, il faut toujours, on le sait, remonter à la source, lire soi-même le travail original dont on veut s'inspirer. Les analyses données par les *Journaux*, *Annales*, *Archives*, *Revues* en toutes langues, ne peuvent servir qu'à une chose : avertir le lecteur qu'à telle époque, dans tel recueil, a paru un travail sur tel sujet; mais on ne peut se fier entièrement à l'appréciation d'autrui pour établir son propre jugement sur ce travail : *Tot capita, quot sensus*. Chacun voit à sa manière,

et tel point analysé en trois lignes serait justement celui sur lequel nous voudrions avoir les plus grands détails. Et encore faut-il tenir compte des imperfections de notre nature humaine, qui fait que nous voyons parfois dans un membre de phrase le contraire de ce que l'auteur a voulu y mettre.

Faute de lire soi-même un travail original, on s'expose à commettre mille erreurs dont j'ai déjà donné assez d'exemples pour n'avoir pas à en citer d'autres ici.

A la vérité on ne peut toujours consulter ce travail, ou parce qu'on ne peut se le procurer, ou parce qu'il est écrit dans une langue que l'on ne connaît pas. Mais alors il vaut mieux ne pas citer que de citer d'après autrui.

Plus nous allons et plus on écrit; plus les recueils, les travaux originaux, bons ou mauvais, se multiplient avec une rapidité effrayante. M. J. Billings, le savant bibliothécaire de Washington, a même dit à ce propos, en plaisantant bien entendu, que, si nous continuons à aller de ce train, un jour viendra où nos bibliothèques seront de grandes villes, et où il faudra, pour cataloguer et ranger la production annuelle, faire appel à tous ceux qui ne seront pas occupés à écrire. Sans craindre que les choses en arrivent à cet excès, il n'en est pas moins vrai que, si on ne prend pas un parti radical à l'égard de la bibliographie, il sera impossible dans quelque temps d'ici de s'y reconnaître, et de faire l'historique d'un point quelconque de la science médicale. Il faut que chacun se persuade bien qu'il est nécessaire de ne citer absolument que ce qu'il a lu lui-même, et de ne donner aucune indication bibliographique qu'il n'ait lui-même vérifiée. Ce faisant, on écrira moins, mais l'exactitude du travail en compensera largement la brièveté.

Les thèses de doctorat peuvent être très utiles à ce point

de vue. Il faudrait qu'on se mît à faire la révision de l'histoire de la médecine, et ce travail, malgré sa minutie, est à la portée de tous les étudiants. Il n'est pas difficile de comparer une idée, une phrase, attribuées à quelqu'un, avec le texte original, de vérifier si l'indication bibliographique donnée est exacte, et de rectifier idée, texte et indication bibliographique en cas d'erreur. Une thèse qui ne renfermerait, avec la mention des erreurs commises antérieurement et relevées par l'auteur, que vingt pages de bonne bibliographie sur un sujet donné, aurait certainement une plus grande valeur que les huit dixièmes de celles qui enrichissent (?) chaque année les collections de la Faculté. Mais qu'on ne craigne pas de se borner à une partie du sujet. Celui qui ne saura pas assez bien une langue étrangère, dans laquelle il aura à faire des recherches, devra laisser de côté les écrits dans cette langue et se contenter de chercher dans les idiomes qu'il connaît. S'il ne sait que le français, peu importe ; mieux vaut écrire peu et écrire juste, que s'exposer, en écrivant beaucoup, à ajouter de nouvelles erreurs à celles qui existent déjà.

Je n'ose pas dire qu'il faille faire table rase de tout ce qu'on a écrit jusqu'ici ; mais j'ai rencontré dans mes recherches tant d'ouvrages dont la partie historique laissait beaucoup à désirer, que je ne verrais pas grand inconvénient à n'en retenir que la partie originale. Celle-ci ne l'est d'ailleurs assez souvent, dans l'esprit de l'auteur, que parce qu'il ne connaît pas ce qui a été fait avant lui. N'a-t-on pas dit à ce propos :

L'ignorance des uns fait le savoir des autres.

D'autre part, un grand nombre de travaux sur divers points de la science médicale n'ont plus qu'un intérêt historique, et il ne serait pas inutile de mentionner cette parti-

cularité dans une bibliographie d'ensemble, ne serait-ce que pour éviter plus tard, à ceux qui seraient tentés de les lire, la perte de temps occasionnée par cette lecture.

Peut-être cette appréciation paraîtra-t-elle trop sévère, mais elle l'est encore moins que celle de M. Billings. Ce savant confrère (pour lequel l'épithète de savant n'est pas une vaine formule de politesse) disait récemment, et je suis tout à fait de son avis, que les mérites de la bibliographie devaient être jugés d'après : 1° son exactitude; 2° sa *complétitude* (1); 3° son absence de redondance ou de répétitions; 4° sa forme. Et il examinait, d'après ces règles, la première page de la bibliographie de l'article DIABÈTE, de M. Jaccoud, dont j'avais parlé dans une de mes précédentes études (*Gaz. hebd.*, 1882, p. 542, et dans le présent volume, p. 128).

Pour l'exactitude des noms, des titres, des dates, etc., M. Billings signale dans cette page huit erreurs; pour la *complétitude*, il montre que cette bibliographie ne renferme que cinq ouvrages antérieurs à 1800, alors que celle du travail de Renauldin, cité par M. Jaccoud, qui est censé l'avoir consulté, en contient trente, et que celle de Ploucquet, « que ne doit ignorer aucun bibliographe médical, » en cite un bien plus grand nombre encore.

Il n'y a ni redondance, ni répétitions dans l'article de M. Jaccoud, mais la forme donnée aux indications est très mauvaise, dit M. Billings, parce qu'elles ne mentionnent ni le format de l'ouvrage, ce qui est un péché véniel, ni, ce qui est plus grave, le volume ni la page (*Medical bibliography*, Baltimore, 1883, p. 9).

(1) On chercherait en vain ce mot dans le *Dictionnaire de l'Académie*; je me risque à l'employer, parce qu'il traduit très bien le mot anglais *completeness*, qui n'a pas d'équivalent dans notre langue.

Un mot encore sur la valeur des statistiques basées sur les recherches bibliographiques pures et simples.

Quand on a fait l'inventaire des faits publiés, à moins qu'on n'ait eu l'heureuse chance de tomber sur des statistiques intégrales, on peut dire : « Voilà ce que nous avons pu trouver. » Mais il ne faudrait pas se figurer que ce soit l'expression de la vérité.

Pour qu'une statistique puisse être considérée comme exacte, il faudrait : 1° que tous les faits observés fussent publiés; 2° que tous les faits publiés fussent trouvés. Or la publication de tous les faits observés, c'est-à-dire celle des statistiques intégrales, était un mythe, il y a une dizaine d'années tout au plus. En France, on ne trouve encore que bien peu de chirurgiens qui aient publié les résultats complets de leur pratique, mais à l'étranger, en Allemagne et à Londres surtout, les statistiques intégrales de divers hôpitaux se trouvent soit dans les *Archiv für klinische Chirurgie* de Langenbeck, soit dans les *Hospital Reports* de Londres. Malheureusement, les faits publiés *in extenso* sont un peu trop choisis, et tandis que dans les journaux à périodicité plus ou moins longue on ne voit guère que les succès et guérisons, les insuccès et les morts sont le plus souvent indiqués par un seul mot dans le tableau général des malades entrés dans les salles.

J'en ai fait la triste découverte à propos de la colotomie lombaire pratiquée pour remédier au cancer du rectum à Londres. Tandis que les chiffres généraux des observations publiées dans les journaux indiquaient une proportion d'environ 70 pour 100 de guérisons et de 30 pour 100 d'insuccès, les résultats fournis par les statistiques intégrales des *Hospital Reports* donnaient une proportion sensiblement contraire,

c'est-à-dire environ 30 pour 100 de guérisons et 70 pour 100 de morts.

Aussi n'ai-je pas cru devoir publier un travail qui m'avait pourtant demandé plus d'une année de recherches, mais dont les résultats m'ont semblé de nature à fournir des renseignements inexacts sur une opération encore très discutée par les chirurgiens les plus éminents.

En supposant même que tous les faits observés fussent publiés, et qu'on ait en main les recueils où ils se trouvent, ce n'est pas encore une raison pour qu'on puisse les y découvrir. Il n'est personne, ayant un peu l'habitude des recherches bibliographiques, qui n'ait remarqué maintes fois combien les tables des matières sont en général mal faites. Les titres des travaux, des observations, sont mal rédigés, mal indiqués à la table, et une étude attentive de celle-ci n'empêche pas souvent ce qu'on cherche de passer inaperçu. J'ai raconté plus haut combien M. Ch. Leroux et moi avions eu de peine à trouver le travail de Pitre Aubinais, faute d'une table bien faite ; voici un autre exemple du même genre.

M. Möller a publié dans un journal danois un fait de gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Ce fait a été analysé dans la *Deutsche Klinik* de 1874, où je l'ai trouvé par le plus grand des hasards, le volume s'étant ouvert juste à la page 239, où l'observation était rapportée sous ce titre : *Vergiftung mit Schwefelsäure. Stenosis pylori. Gastrotomie* (empoisonnement par l'acide sulfurique, etc.).

A la table, elle se trouvait indiquée au mot *Vergiftung* (empoisonnement). Je l'avais vainement cherchée à *gastrostomie*, *rétrécissement*, *œsophage*, et j'avais depuis longtemps renoncé à la trouver, lorsqu'en voulant parcourir le volume pour autre chose, j'ouvris celui-ci à la bonne page.

II. — La seconde espèce de thèses comprend celles qui ont trait à des sujets déjà étudiés, mais renfermant encore des points controversés, et sur lesquels on a eu l'occasion de faire de nouvelles recherches cliniques ou expérimentales.

Le plan d'une thèse de ce genre est très simple. On peut le diviser en trois parties qui sont :

1° L'exposé succinct de ce qu'on sait relativement au sujet ;

2° L'exposé des points encore en litige sur le sujet ;

3° L'étude, avec de nouveaux documents, d'un ou de plusieurs des points encore obscurs.

L'exposé des connaissances relatives au sujet en est en quelque sorte l'historique ; on peut le faire long ou court ; long, si, les travaux étant nombreux, leur énumération et leur critique peuvent suffire à composer la thèse ; court, si on se propose seulement, quel que soit leur nombre, d'en constituer une sorte d'introduction à cette thèse. De toute façon, il faut d'abord recueillir la plus grande partie des documents (tous, si c'est possible) publiés sur la question.

Voici la marche à suivre pour arriver à ce but.

Prendre le travail le plus récent sur le sujet ; dresser la liste des auteurs qu'il cite, en donnant à chacun d'eux une fiche particulière.

Vérifier les indications données sur chaque auteur, en allant du plus récent au plus ancien. Chemin faisant, ajouter à cette liste les noms de ceux qui auraient été oubliés par les premiers vérifiés, et que donnent les autres.

Noter en même temps, sur la fiche, l'opinion de l'auteur sur le point spécial, ainsi que la contribution qu'il a apportée à son élucidation.

Ceci fait, ranger les fiches par ordre de date depuis la

plus ancienne jusqu'à la plus récente; comparer chacune d'entre elles avec celles qui lui sont antérieures; noter ce qu'elles ont : 1° d'original; 2° de commun; 3° de différent.

Chaque auteur ayant sa fiche spéciale, cette fiche contient alors :

1° Le nom de l'auteur et l'indication bibliographique exacte de son travail;

2° Son opinion sur le sujet;

3° La mention que son travail renferme ou non quelque chose qui n'était pas dans les autres;

4° Le résumé aussi court que possible de ce quelque chose de nouveau.

C'est tout ce que vous avez à en dire.

Vous rédigez alors en quelques phrases vos notes sur chaque auteur, et il ne vous reste plus, pour avoir un historique presque parfait, qu'à copier à la suite l'une de l'autre ces rédactions partielles.

Voici, à peu près, la forme qu'on peut adopter :

« M. K... (*Arch. gén. de méd.*, 2e s., t. X, p. 522, 1836) pense que la phlébite est la cause principale de l'infection purulente. Il rapporte à l'appui de cette opinion deux observations recueillies dans son service et qui paraissent démonstratives. Il cite A, B, D, J..., qui avaient déjà soutenu la même opinion, et combat la théorie de la résorption purulente admise par C, E, et F.... »

L'exposé des points obscurs d'un sujet donné, qui constituera la seconde partie de la thèse, peut se faire en quelques lignes, et pourrait tout aussi bien se mettre dans l'avant-propos. Il me suffit de donner cette indication pour qu'on puisse comprendre de quoi il s'agit.

La troisième partie est le côté vraiment original du travail et nous allons y insister davantage.

Les sujets qui peuvent rentrer dans cette catégorie de thèses sont nombreux, et fort accessibles aux étudiants, s'ils veulent bien m'en croire.

En effet, tout chef de service hospitalier, médecin ou chirurgien, a sur divers points de théorie ou de pratique des idées personnelles qu'il s'efforce de contrôler au moyen de l'observation au lit du malade. Il possède sur ces points des notes, des relations de faits; il voudrait bien rédiger ces notes, faire de son ébauche un travail achevé, mais le temps lui manque; la clientèle, le service d'hôpital, le monde l'absorbent! Il lui faudrait huit jours de tranquillité; mais jamais il n'a pu les trouver, et il ne les trouvera probablement jamais. Qu'un de ses élèves lui demande un sujet de thèse, et il sera heureux de lui confier son dossier, de lui faire un plan, et en causant avec lui de temps en temps, de l'aider à mener sa besogne à bonne fin.

Je suis persuadé qu'on ferait ainsi d'excellentes thèses (d'autant plus que le moyen que j'indique a déjà été employé maintes fois) à la condition toutefois d'y consacrer plusieurs mois, et de ne pas attendre le dernier moment pour se mettre au travail.

Les sujets des travaux originaux sont surtout nombreux à l'époque actuelle, à cause de l'importance acquise en pathologie depuis quelques années par les doctrines de M. Pasteur, et par les idées relatives à l'influence des états constitutionnels sur la marche des affections médicales et chirurgicales.

Qu'un élève recueille dans un service de médecine 20 cas de variole, de rougeole, de fièvre typhoïde, de phthisie pulmonaire, de rhumatisme, et il trouvera des différences entre

chacun d'eux. Qu'il cherche la cause de ces différences sans tenir compte des antécédents personnels et héréditaires des malades, et il ne trouvera rien ou presque rien; qu'il s'appuie au contraire sur l'état constitutionnel antérieur du sujet, sur celui de ses ascendants, sur les combinaisons produites par les affections antérieures des uns et des autres, sur l'*hybridité morbide*, et il trouvera, je ne dis pas l'explication de toutes les différences, mais assurément des données nouvelles, certaines et intéressantes à dire sur ces points. La fracture du péroné elle-même serait fertile en découvertes de ce genre !

Qu'on parcoure seulement les thèses d'agrégation de cette année, qui sont l'exposé de nos connaissances actuelles, et l'on y trouvera de nombreux points encore en litige, en particulier sur l'étiologie, les complications et le pronostic. Or l'obscurité qui règne encore sur ces points a précisément pour cause le défaut de connaissances suffisantes sur les rapports réciproques des états pathologiques antérieurs et des affections nouvelles. N'est-ce pas là autant de sujets de travaux originaux ? Car ces questions ne pourront s'élucider qu'à grand renfort d'observations bien prises. Ceci m'amène à parler d'une modification que je voudrais voir s'introduire dans la manière de recueillir les observations cliniques.

Toutes les personnes compétentes savent combien il est difficile de bien prendre une observation. Non seulement il faut décrire ce qu'on observe, mais encore il faut tout voir, glisser sur les détails oiseux et n'appuyer que sur les principaux. Ceci exige deux qualités : savoir écrire suffisamment la langue pour exprimer clairement ce qu'on veut dire, et avoir une connaissance suffisante de la médecine pour ne

laisser échapper aucun des phénomènes, aucune des particularités qui peuvent avoir une importance quelconque dans la description de l'état du malade. Or ces deux conditions se trouvent assez rarement réunies chez les étudiants. Ce n'est pas leur faute, comme je vais m'efforcer de l'expliquer, mais cela est.

On se figure généralement que tous les étudiants obligés de faire une thèse, étant bacheliers, savent écrire en bon français. C'est une grande erreur. Peut-être le savaient-ils au moment où ils ont passé les examens du baccalauréat, mais à coup sûr ils l'ont bien oublié pendant les six ou sept ans qui séparent cet heureux jour de celui où ils rédigent leur thèse. En tout cas, leur langage médical laisse fort à désirer. Que de longueurs, de répétitions, de membres de phrase inutiles, d'incorrections, de *ficelles* empruntées à la langue des épreuves orales des concours! Toutes ces choses font très bien dans l'entraînement oratoire; on les emploie pour mener à bonne fin une phrase qui pèche par le fond et qu'on veut sauver par la forme, mais elles choquent singulièrement dans la lecture à tête reposée. En voulez-vous un exemple?

Ouvrez la thèse de M. Galland sur les fièvres intermittentes chez les enfants (Paris, 1879, p. 31), vous verrez à la ligne 16, que dans un accès de fièvre intermittente, *chez un enfant de quatre mois*, le rédacteur de l'observation, qui n'est pas M. Galland, mais M. de B..., a vu les mâchoires se choquer. Rien de mieux. Mais, à la page suivante, ligne 15, il dit que, chez le même enfant, le frisson se traduisait par *un claquement de dents!* Evidemment l'auteur, emporté par son improvisation, avait oublié l'âge de son sujet à la seconde page. Peut-être aussi l'observation a-t-elle été rédi-

gée après coup, ce qui se fait malheureusement trop souvent.

Il manque en outre à la plupart des étudiants, pour diverses raisons, de savoir observer : parce qu'on les envoie trop tôt et trop peu de temps à l'hôpital ; parce qu'au moment où ils sont obligés, par leur stage, de suivre les visites hospitalières, ils ne possèdent encore qu'une teinte beaucoup trop légère des connaissances indispensables pour faire un bon observateur. En effet, le stage obligatoire s'étend de la huitième à la seizième inscription, c'est-à-dire pendant la troisième et la quatrième année. Or, que savent les élèves en médecine à ce moment ? Peu de chose. Pendant ces deux années, ils se débrouillent, passez-moi l'expression. Les uns préparent l'externat, l'internat, leurs examens ; les autres se contentent de ces derniers ; les uns n'ont pas le temps de rédiger les notes qu'ils ont pu prendre à l'hôpital ; les autres en sont incapables ; mais les premiers le pourront quand ils seront externes ou internes des hôpitaux, tandis que les autres ne le feront jamais, et pour cause. Personne à la vérité ne les y oblige, ne leur enseigne même la manière de s'y prendre, et c'est là leur meilleure excuse. Si certains professeurs, certains rédacteurs en chef de journaux, prêchant d'exemple, biffent impitoyablement, dans les essais de leurs élèves et amis, de belles phrases élégantes, mais creuses, et apprennent à ces jeunes écrivains à en faire des phrases concises, mais dont chaque mot exprime un détail utile, il faut bien avouer que de tels maîtres sont rares, et que leurs élèves sont privilégiés.

Il résulte de tout ceci qu'un petit nombre d'étudiants en médecine, internes ou externes, sont capables de recueillir de bonnes observations, et que la grande majorité n'en prennent pas. Comme c'est pour ces derniers surtout que j'écris,

j'arrive à la modification annoncée, qui les concerne tout particulièrement.

Les élèves font actuellement leur stage obligatoire, comme je viens de le dire, pendant la troisième et la quatrième année d'études, c'est-à-dire pendant la période des inscriptions. Passé ce temps, ceux qui ne sont ni internes ni externes cessent d'aller régulièrement à l'hôpital, si même ils y allaient régulièrement auparavant. Ils vont d'un service à l'autre, au gré de leurs caprices, de leur sympathie pour tel ou tel médecin ou chirurgien, prennent parfois des notes aux cliniques, mais suivent rarement un malade depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie, et en prennent encore plus rarement l'observation complète.

Si au contraire le stage était obligatoire depuis le moment où les élèves connaissent assez l'anatomie et la physiologie pour suivre fructueusement les visites d'hôpital, c'est-à-dire à partir de la huitième inscription, jusqu'au moment où ils passent leur thèse, je crois qu'ils y gagneraient singulièrement.

Mais alors je voudrais que dans les services hospitaliers les rôles soient distribués à peu près de la même façon qu'à l'École pratique, où la remarquable organisation des travaux d'après les idées de M. Farabeuf a donné de si beaux résultats. Je voudrais que les stagiaires soient répartis entre les externes, remplissant des fonctions analogues à celles de l'aide d'anatomie, et ceux-ci entre les internes, assimilés aux prosecteurs; les uns et les autres étudieraient la clinique comme à l'amphithéâtre ils étudient l'anatomie. Alors, les lits de chaque salle étant distribués entre les stagiaires et les externes, tous, sous la direction des internes ou des chefs de clinique, non seulement panseraient les malades, ou surveilleraient

l'exécution des prescriptions, mais encore prendraient les observations. D'abord toutes seraient recueillies, alors qu'ils ne savent encore que peu de chose, et, au fur et à mesure que leur instruction progresserait, ils délaisseraient les maladies communes pour ne s'attacher qu'à celles qui présenteraient des particularités plus ou moins rares. Rentrés chez eux, les étudiants rédigeraient leurs notes, liraient dans leurs ouvrages classiques les passages relatifs aux maladies qu'ils auraient observées, comprendraient et retiendraient ainsi peu à peu les uns par les autres, c'est-à-dire la description dogmatique par l'observation clinique. De temps en temps, une sorte de conférence réunirait l'interne et les élèves de son service, et ceux-ci liraient leurs observations, que l'on corrigerait ainsi en commun. Lorsque arriverait le moment de la thèse, non seulement les étudiants seraient en état d'exercer convenablement la médecine, ce qui est le principal, mais encore, par surcroît, ils pourraient tirer de leur expérience personnelle de quoi faire une thèse, et celle-ci renfermerait alors autre chose que du papier et des caractères d'imprimerie.

J'ai connu plusieurs services où les choses se passaient à peu près de cette façon. L'interne faisait prendre à ses externes les observations de tous les malades du service, et je puis affirmer que cette manière de faire était aussi profitable aux uns qu'aux autres. Si tous passaient plus de temps à l'hôpital, l'interne y trouvait son compte, parce qu'il ne perdait ainsi aucune observation intéressante, et les externes le leur, parce qu'ils apprenaient bien des choses qu'ils ne savaient pas : d'abord, à propos de tel ou tel cas, certains détails passés inaperçus parce qu'on en ignorait l'existence ou l'importance, et qu'on retenait infiniment mieux que par la lecture; ensuite, la manière de prendre et de rédiger une

observation, en élaguant les détails inutiles et en attirant l'attention sur les phénomènes importants de la maladie présentés ou non par le malade, quand on ne les avait pas fait suffisamment ressortir.

En agissant ainsi, les internes, au lieu de faire des thèses, apprendraient aux élèves à les faire eux-mêmes, et, comme toute peine mérite salaire, j'aime à croire que la rétribution perdue d'un côté se retrouverait de l'autre. A moins que la Faculté, intervenant libéralement comme elle a fait pour l'Ecole pratique, n'organise officiellement les exercices cliniques, et n'appointe convenablement les jeunes répétiteurs. Mais le progrès va-t-il si vite?

Puisque je suis en train d'émettre des vœux, j'en ajouterai encore un aux précédents.

Beaucoup de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, qu'ils soient ou non agrégés ou professeurs à la Faculté, font à leurs élèves des leçons cliniques. Je n'en connais guère qui apprennent à ceux-ci à recueillir des observations. Pourquoi ne consacreraient-ils pas chaque année trois ou quatre leçons sur la manière de prendre des notes au lit du malade et d'en faire de bonnes observations cliniques? Cela ne vaudrait-il pas bien la description de la fracture du radius ou de la migraine, que tout chef de service fait, avec raison d'ailleurs, au moins une fois l'an à son auditoire?

Puissent ces vœux être exaucés!

C'est donc à l'aide d'observations ainsi prises qu'on pourra élucider les points encore obscurs d'une question médicale. Quant à leur emploi dans la rédaction de la thèse, il ne diffère pas de celui que nous avons indiqué plus haut à propos des faits déjà publiés. Il suffira de ranger chacun des détails communs aux diverses observations dans le même

groupe, de les comparer les uns aux autres, d'en faire ressortir les analogies, les différences, pour en dresser le tableau clinique du point à étudier.

Que messieurs les internes veuillent bien me permettre de leur rappeler à ce sujet qu'il a été créé, spécialement pour eux, à la Société de chirurgie, un prix destiné à récompenser leurs bonnes thèses. C'est le prix Duval, fondé en 1854. Or cette récompense s'adresse précisément aux bonnes observations et à la bonne bibliographie, ainsi que l'a spécifié dans son programme l'honorable fondateur.

« Autant que possible, a-t-il dit, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

» Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués ainsi que la source précise des citations. »

Je serais très heureux, si les concurrents au prix Duval étaient à l'avenir plus nombreux que d'habitude, d'avoir attiré sur lui l'attention qu'il mérite, et qui se détourne un peu trop de lui.

III. — Il me reste peu de chose à dire maintenant sur l'étude d'une question nouvelle considérée comme sujet de thèse. S'il s'agit d'un sujet de clinique, les remarques précédentes pourront s'y appliquer. S'il s'agit d'un travail de laboratoire, je n'ai plus à m'en occuper. Sans croire que tout y soit pour le mieux, nos laboratoires sont installés actuellement de telle sorte qu'on puisse y préparer convenablement une thèse sous la direction du chef de laboratoire et du professeur dont le laboratoire dépend.

D'ailleurs les élèves qui se livrent à ces travaux originaux,

par la méthode clinique ou expérimentale, sont assez bien doués pour n'avoir que faire de mes conseils, et je me garderai bien de leur en donner, ne voulant pas m'exposer à recevoir, comme certain cordonnier, cette apostrophe : « *Ne, sutor, ultra crepidam.* »

M'en tenant donc à la chaussure, c'est-à-dire au côté bibliographique de leur travail, qu'il me soit permis de leur rappeler ce précepte destiné à éviter à la fois l'encombrement de la littérature et de longues recherches pour retrouver les publications : « Quand on écrit, il faut : 1° avoir quelque chose à dire ; 2° le dire ; 3° s'arrêter quand on l'a dit ; 4° lui donner un bon titre. »

Le précepte n'est pas de moi ; je le tiens de M. Billings, qui le tenait de je ne sais qui. En tout cas il devrait être gravé dans la mémoire de tous ceux que la manie d'écrire pousse à prendre la plume à tout propos, manie parfois dangereuse et qu'on a le tort, moi tout le premier, d'écouter trop souvent.

COMMENT

RANGER SA BIBLIOTHÈQUE?

Je connais bien des gens fort embarrassés de résoudre cette question, et qui, dans la crainte de mal faire, ou de perdre beaucoup de temps à ranger leurs livres dans un certain ordre qu'ils trouveront peut-être mauvais ou incommode le jour d'après, les placent sur leurs rayons les uns à la suite des autres, par ordre de taille, en attendant que l'inspiration leur vienne. Dans l'incertitude, ils s'abstiennent. Puis, de jour en jour, le nombre des livres augmente, et le désordre par conséquent; on finit par s'accommoder plus ou moins de cet état de choses, et à force de remettre au lendemain ce qu'on ne savait comment faire la veille, on arrive, tout en s'adressant des reproches aussi mérités que bien sentis, chaque fois qu'on cherche un livre sans le trouver, à laisser les choses aller comme elles veulent... et la poussière jette un voile sur le tout.

Je crois cependant qu'on pourrait facilement ranger sa bibliothèque d'une manière simple et commode. Il suffit, pour cela, de mettre à exécution un très petit nombre de règles.

Mais, tout d'abord, voyons ce que doivent être ce que

j'appellerai les accessoires d'une bibliothèque, c'est-à-dire le corps, l'armoire, les rayons, les fiches, — le principal, l'essentiel étant les livres.

I

Pour moi, le corps de bibliothèque idéal est celui dans lequel on peut prendre avec la main, sans être obligé de monter sur une chaise, un tabouret ou une échelle, les livres placés sur son rayon supérieur, et dont les rayons ne renferment qu'une rangée de livres. Les avantages d'une telle disposition sont si nets qu'ils frappent tout le monde; l'œil voit facilement où se trouve le volume cherché, sans avoir besoin de faire des efforts fatigants d'accommodation, et la main le saisit immédiatement, et tout aussi facilement, sans avoir besoin de déranger deux ou trois volumes de la première rangée pour arriver à la seconde, et d'écarquiller les yeux pour fouiller dans la profondeur des rayons. Ces avantages sont surtout appréciables le soir, quand on n'a qu'une main à sa disposition, l'autre tenant la lumière qui éclaire le chercheur.

Mais, me dit-on déjà, sans doute votre bibliothèque est idéale et possède tous les avantages désirables; mais si vous la réduisez en hauteur et en profondeur, il faudra l'étendre en largeur; et, à Paris, vous savez si les pièces sont petites; où mettrez-vous tous ces corps de bibliothèque larges, ou nombreux, quoique peu élevés et peu profonds?

Cette objection est très juste, et je suis très embarrassé pour y répondre; j'ai éprouvé tous les inconvénients de ce peu de place si funeste aux bibliothèques dans les apparte-

ments de Paris, et j'ai dû renoncer pour ma part, et depuis longtemps, à mon idéal. Après avoir changé mes rayons simples contre des rayons doubles, j'ai mis des volumes sur la planche située au-dessus du dernier rayon, puis j'ai ajouté un, puis deux rayons, jusqu'au plafond; puis j'ai renoncé aux livres nouveaux. Bref, ceux qui pourront se procurer mon idéal s'en trouveront bien, je l'affirme; ceux qui ne le pourront pas feront pour le mieux.

Les fiches sont de différentes dimensions; les plus commodes doivent être un peu plus grandes, de 1 centimètre environ dans les deux sens, que des cartes à jouer. On les trouve, ainsi que les cartonniers destinés à les renfermer, chez tous les papetiers un peu importants. Quant à la place que doivent occuper les cartons, elle doit être telle que le carton consulté se trouve plus bas que l'œil; il suffit alors de le tirer hors du cartonnier, ou du meuble qui le garde, pour fouiller dedans; si le carton est plus haut, il faut le sortir tout à fait et le transporter, au risque de le renverser et de mélanger toutes les fiches. Il est préférable d'ailleurs, pour se mettre à l'abri de ces chutes intempestives, d'adopter le système de cartonnier qui, possédant un cran d'arrêt, empêche le carton de sortir complètement du casier.

Je vous dirais bien encore comment il faut faire relier vos livres, mais tout ce que je vous dirais ne servirait de rien; le relieur, comme le tailleur, vous démontrera toujours qu'il n'a fait que suivre vos instructions quand il aura fait tout le contraire; le seul conseil que je puisse vous donner est de vous efforcer de trouver un relieur expérimenté, ce qui n'est pas commun, et d'obtenir de lui, ce qui n'est pas facile, de ne pas trop rogner les marges de vos livres. En tout cas, recommandez-lui avec instance de les ébarber seulement.

II

Examinons maintenant comment il faut ranger les ouvrages dans les rayons.

Étant donné qu'il y a, dans toute bibliothèque, des ouvrages dont on se sert souvent et d'autres dont on se sert rarement, il faut :

1° Avoir à portée de la main tous les livres dont on a besoin souvent;

2° Placer les autres dans l'espace laissé vacant par les premiers.

A coup sûr ces règles sont superflues pour ces petites bibliothèques qu'on trouve dans toutes les chambres d'étudiants, qui ont six, huit, dix rayons au plus, et dont la profondeur ne permet pas de mettre plus d'une rangée de livres sur chaque rayon. Ici, tous les livres sont à la portée de la main. Mais encore est-il bon de les mettre dans un certain ordre, et il n'est pas indifférent de placer pêle-mêle une centaine de volumes ou de mettre ceux qui se rapportent au même sujet sur le même rayon; par exemple, les ouvrages d'anatomie ensemble, ceux de physiologie de même, et ainsi de suite pour ceux de médecine, de chirurgie et ceux de littérature contemporaine qui servent à délasser l'esprit fatigué d'études sérieuses. Et puis, d'ailleurs, ce mode de classement servira plus tard à l'étudiant, quand il aura une bibliothèque plus grande.

Arrivons, en effet, à un degré plus élevé dans les dimensions de ce meuble utile, celui dans lequel la bibliothèque, n'admettant encore qu'une seule rangée de livres, occupe

toute la hauteur de la pièce où elle se trouve. Ici, la main ne pouvant atteindre le ou les rayons supérieurs sans que le travailleur monte sur quelque chaise ou échelle, il est de toute nécessité que les ouvrages peu consultés soient placés sur les rayons supérieurs, et les plus consultés sur les rayons inférieurs, en ayant soin, comme dans le cas précédent, de réunir ensemble les ouvrages relatifs au même objet.

Soit maintenant une bibliothèque pouvant recevoir en profondeur deux rangées de livres, la seconde étant toutefois sur un niveau supérieur à celui de la première, pour qu'on puisse facilement distinguer au moins le titre des ouvrages de cette seconde rangée. Les règles applicables au cas précédent le sont encore à celui-ci, mais avec quelques modifications. Par exemple, je placerais aux rayons supérieurs les ouvrages de littérature, ou étrangers au genre d'études de leur propriétaire; tout à fait en bas, sur un rayon simple, les volumes in-folio ou in-quarto, dont la largeur est trop grande pour qu'on puisse en mettre deux de front; enfin, entre ces deux catégories, les ouvrages d'usage quotidien ou relatifs aux études courantes, en mettant sur la seconde rangée, ou rangée du fond, les ouvrages anciens ou peu consultés, et les ouvrages récents sur la première rangée ou rangée de devant. On peut encore placer sur la première rangée les ouvrages de petit format, et, sur la seconde, ceux de grand format, que rien dès lors n'empêche de voir et de trouver.

Quand la bibliothèque reste dans ces limites, il n'est guère besoin de catalogue. On peut y suppléer facilement en plaçant les ouvrages de chaque rangée ou de chaque groupe : littérature, anatomie, physiologie, médecine, chirurgie, etc., suivant l'ordre alphabétique des noms d'auteurs.

Cependant les livres, petits et gros, arrivent toujours, au

fur et à mesure que l'étudiant devient interne, puis docteur, agrégé, etc. Un seul corps de bibliothèque ne suffit plus; il en faut deux, trois; puis le cabinet de travail étant encombré, les livres envahissent la chambre à coucher, la salle à manger, etc., de sorte qu'on pourrait dire aux visiteurs :

« Aimez-vous les bouquins, on en a mis partout. »

Mais, malgré leur nombre, on peut encore les ranger suivant les deux règles émises plus haut, en les élargissant un peu.

Vos livres tiennent-ils encore tous dans votre cabinet de travail, malgré la multiplicité des corps de bibliothèque? Vous pouvez encore placer dans chaque corps ou armoire, à portée de la main, les ouvrages d'usage quotidien, et les autres plus haut; les grouper ensemble suivant les matières dont ils traitent, et, si l'ordre alphabétique n'est plus possible à conserver sans inconvénient, on peut le remplacer par l'ordre numérique, comme je l'indiquerai tout à l'heure.

Ont-ils envahi les autres pièces de votre appartement? Vous ne conservez alors dans votre cabinet de travail que ceux dont vous vous servez le plus souvent, suivant votre genre d'études, et vous reléguez dans les autres pièces ceux qui vous sont moins utiles. Et les ouvrages que vous conservez, vous les rangez encore d'une certaine façon : ensemble, les dictionnaires, les journaux et recueils périodiques; ensemble, les ouvrages d'anatomie, de physiologie; ensemble, les ouvrages de médecine, qui, s'ils sont nombreux, peuvent encore être subdivisés en traités généraux de pathologie interne, clinique médicale, affections de la tête, de la poitrine, du thorax, du système nerveux, de l'appareil circulatoire, digestif, urinaire, etc.; ensemble, les ouvrages de chirurgie, subdivisés d'une manière analogue, etc., en haut, les anciens;

au milieu, les modernes; en bas, les in-quarto, souvent représentés par des volumes de mélanges, de thèses, des cartons contenant des brochures ou des notes, les grands journaux, etc.

Cette disposition peut s'appliquer même aux plus grandes bibliothèques, dans lesquelles les armoires, ayant 5, 6, 8 mètres de haut, sont divisées, suivant leur hauteur, en plusieurs étages à l'aide de galeries circulaires qui rendent inutile l'emploi si incommode des échelles. C'est, je crois, ce qu'on a projeté de faire pour la nouvelle bibliothèque de la Faculté de médecine. Aux étages supérieurs seront évidemment les ouvrages anciens ou en double, et les modernes à l'étage inférieur, à portée de la main, l'espace entre les galeries étant de 2 mètres à 2^{m},50.

Les armoires sont numérotées d'une manière différente, suivant les bibliothèques; mais, dans les grandes, elles le sont de gauche à droite; dans toutes, les rayons doivent être numérotés de haut en bas, et les volumes de chaque rayon de gauche à droite.

III

Quelle que soit d'ailleurs l'importance de la bibliothèque, il faut ranger les livres suivant le format, ou la matière, la langue, la date, etc., avant de les numéroter. On se tromperait grossièrement si l'on croyait pouvoir numéroter les ouvrages avant de les ranger; ce faisant, on s'exposerait, entre autres inconvénients, à ce que des volumes de grand format se trouvassent placés, par leur numéro d'ordre, dans un rayon trop étroit pour les admettre, ce qui forcerait à

changer le numéro ou à rompre l'ordre adopté, — et à ce que de petits volumes vinssent dans de grands rayons, où ils seraient assurément à leur aise, mais où ils prendraient la place d'un autre, et l'on sait combien la place est chose précieuse dans une bibliothèque. De même, on pourrait voir des livres d'usage quotidien relégués aux rayons supérieurs, et ceux qui sont là pour mémoire se pavaner à portée de la main.

IV

Lorsque les rangées ne sont pas encore remplies, les derniers volumes ont une grande tendance à se renverser ou à se déformer. On prévient cet inconvénient en les maintenant avec un support, ou *appui-livres,* composé de deux plaques de tôle d'environ 15 centimètres de long sur 10 de large, et soudées l'une à l'autre perpendiculairement; l'une est placée sous la tranche inférieure des deux ou trois derniers volumes; l'autre, découpée et décorée plus ou moins artistement, est appliquée contre le plat du dernier.

Il est encore un meuble très utile dans les bibliothèques particulières : c'est une sorte de casier de 1 mètre environ de côté, tournant sur pivot, muni de rayons, et pouvant contenir, suivant sa hauteur, plusieurs centaines de volumes. Le travailleur peut y ranger et avoir ainsi à portée de la main, sans quitter son fauteuil, tous les ouvrages, anciens ou récents, dont il a fréquemment besoin, surtout les ouvrages de recherches: dictionnaires des différentes langues; dictionnaires historiques, biographiques, bibliographiques,

ou répertoires plus ou moins appropriés aux travaux quotidiens et aux études courantes.

Pour les bibliothèques publiques, il est préférable, une fois le classement général terminé, de tirer des rayons, et de ranger dans des armoires à portée de la main et situées près des garçons, les ouvrages les plus souvent demandés par les lecteurs. Ces ouvrages d'emploi fréquent existant, en général, en double, on peut laisser l'un des exemplaires à sa place, et mettre l'autre dans les armoires destinées au public; dans le cas contraire, on les remplace par une planchette indiquant que l'ouvrage est déplacé. De cette façon, on ne change rien à l'ordre établi ni au catalogue.

V

Une des difficultés du rangement d'une bibliothèque un peu étendue est la classification des mélanges. Ces mélanges étant des collections de thèses ou de mémoires, chacun collectionne à son point de vue particulier : médecin, chirurgien, accoucheur, gynécologiste, oculiste, etc., réunissent les ouvrages ressortissant à leur profession; mais chacun les range à sa manière. En général, on réunit en un même volume tous les travaux relatifs au même sujet; mais, tandis que les uns donnent à leurs volumes de mélanges plusieurs dénominations différentes, suivant les sujets : *Mélanges Bouche; — M. Cœur; — M. Choléra; — M. Hernies; — M. Œil; — M. Cataracte*, etc., ce qui fait autant de collections que de sujets différents; les autres, trouvant ce système trop compliqué et voulant le simplifier, se contentent de les désigner, soit par la langue dans laquelle les

travaux sont écrits, soit par le format; d'autres par la couleur de la reliure : *Collection bleue, verte, noire, rouge*, T. I, II, III, etc.

Tous ces systèmes ont des avantages et des inconvénients. Le premier a l'avantage de permettre de considérer les volumes de mélanges comme des ouvrages sur un même sujet et de les ranger avec les autres ouvrages relatifs à ce sujet; mais il a l'inconvénient de forcer le collectionneur à attendre souvent très longtemps avant d'avoir réuni assez de petites brochures pour en faire un volume, et de les conserver dans des cartons *ad hoc*. Il est vrai qu'on peut considérer également ce carton comme un volume de mélanges et le placer à la suite de ceux qui sont déjà reliés; mais son format est forcément plus grand que les volumes reliés, et souvent on ne peut le placer près d'eux parce que l'intervalle laissé entre les rayons n'est pas assez grand.

Le système de rangement par format, par idiome, etc., permet de relier les brochures aussitôt qu'on en a assez pour en faire un volume, ce qui facilite beaucoup le bon ordre d'une bibliothèque; mais il a pour inconvénient de contenir des travaux traitant de sujets différents; et tandis que dans le système précédent on peut, avec un seul volume, consulter 20 ou 30 travaux sur le même sujet, il en faut parfois, dans le second, 8 ou 10, encombrer sa table par conséquent, pour avoir à sa disposition le même nombre de travaux.

Néanmoins, comme la première qualité d'une bibliothèque est d'être en bon ordre, je crois qu'il vaut mieux, tout en s'efforçant de réunir ensemble les travaux relatifs à la même question, adopter la mesure qui permet de relier le plus tôt possible les mélanges, et celle que je préférerais est la suivante : tous les travaux étant réunis suivant les sujets, divi-

ser chaque groupe suivant le format in-4° et in-8°, et ne faire que deux collections désignées suivant leur format : *collection in-4°, collection in-8°*. Chaque volume ayant un numéro particulier, depuis 1 jusqu'à X + 1, on catalogue de même chaque ouvrage contenu dans les volumes, comme je l'ai dit plus haut, en numérotant chacun d'eux à la suite des autres, soit sur la première page, soit sur la tranche, et on donne à la fiche, comme point de repère, l'indication de la collection, le numéro du volume et celui du travail cherché; par exemple : *Collec. in-4°, T. XIV, n°* 20. Il est bon, pour la facilité des recherches, d'ajouter à chaque volume de mélanges, soit au commencement, soit à la fin, une table sommaire des travaux qu'il contient et suivant leur ordre numérique.

VI

Les collections périodiques et journaux constituent encore une des grandes préoccupations d'une bibliothèque; on ne sait ni où ni comment les ranger; ils gênent partout. Les uns, voulant les avoir immédiatement sous la main, les placent côte à côte sur une table, à découvert; mais la poussière s'y infiltre aussitôt, quitte à s'envoler et à se répandre sur tous les objets d'alentour dès qu'on a la velléité de consulter lesdites collections. Même inconvénient si on place celles-ci dans de petits casiers également ouverts, bien que n'ayant que tout juste les dimensions nécessaires pour contenir les numéros formant un volume.

D'autres préviennent l'accès de la poussière en enfermant les collections dans un carton capable de contenir chacune

d'elles, et lui-même dans un autre carton de même forme, mais un peu plus grand. Ceci assure une grande propreté aux journaux, et, pour les petites bibliothèques, je ne connais rien de mieux; mais pour les grandes bibliothèques, ce système demanderait trop de temps pour le rangement et le contrôle desdites collections, étant donné leur nombre assez élevé. Comme, dans ces derniers cas, on les consulte souvent, on peut adopter avec avantage, pour la plupart, le système de petits casiers; on réserverait les cartons pour les journaux à périodicité rapprochée, et dont les numéros fragiles demandent une protection plus efficace.

On peut encore se servir, dans les petites bibliothèques, des cartonniers ordinaires pour ranger les collections. On place, dans chaque carton, une ou deux collections, suivant leur format, sans crainte de confusion ni de poussière. Dès qu'un volume est complet, on le fait relier et on le met à sa place muni de son étiquette.

VII

Les livres étant rangés suivant les besoins des lecteurs, reste à les trouver où ils sont. C'est là l'office du catalogue.

Le catalogue devient nécessaire lorsque, les dimensions de la bibliothèque s'agrandissant, il y entre non seulement des ouvrages plus nombreux, mais encore des volumes ou des cartons dits de *mélanges*, c'est-à-dire contenant plusieurs brochures relatives au même sujet et réunies ensemble. Malgré cette réunion, je crois qu'il serait le plus

souvent impossible de trouver l'ouvrage cherché sans grande perte de temps, si un catalogue n'indiquait l'endroit précis, c'est-à-dire le numéro du volume ou du carton dans lequel se trouve cet ouvrage.

Chaque ouvrage, quelle que soit son importance, doit être représenté au catalogue par au moins une fiche ou carte contenant : 1° le nom de l'auteur; 2° le titre de l'ouvrage; 3° le numéro de l'édition; 4° la date; 5° le nombre des volumes; 6° le format; (les raffinés ajoutent le nombre des pages, le genre de reliure, etc.); enfin, 6° le point de repère, c'est-à-dire l'indication de l'endroit où se trouve l'ouvrage.

Ce point de repère peut être de l'une des deux espèces suivantes. Chaque volume étant garni d'une étiquette collée en haut du dos (1), on inscrit sur elle un seul chiffre, si on se propose de numéroter tous les ouvrages à la suite les uns des autres, ou trois chiffres superposés, le supérieur indiquant le numéro de l'armoire, le second celui du rayon de l'armoire, et l'inférieur celui du rang du rayon de l'armoire où se trouve l'ouvrage. Par exemple, une bibliothèque se compose de cinq armoires, dont chacune a huit rayons et chaque rayon de 30 à 40 volumes; l'indication 3, 2, 25, reproduite sur la fiche, vous dira que l'ouvrage cherché se trouve à l'armoire 3, rayon 2, au n° 25. Cette dernière notation me semble bien préférable à la première. N'eussiez-vous que 1000 volumes, numérotés et rangés à côté l'un de l'autre, ou à la suite, suivant les rayons, vous serez toujours

(1) Cette étiquette pourrait être aussi bien en bas lorsque les rayons ne portent qu'une rangée de livres, mais, lorsqu'il en a deux, l'étiquette doit être en haut, car on ne pourrait la voir, si elle était en bas, pour les volumes de la seconde rangée cachés en partie par ceux de la première. On pourrait encore, lorsque les volumes sont peu nombreux, la placer sur la couverture, à l'angle supérieur qui avoisine le dos.

obligé de chercher un peu pour trouver le n° 325 ou 843, ou tout autre, à partir d'un certain chiffre; tandis que, 100 000 volumes étant répartis dans 50 armoires, vous pourrez aller chercher presque les yeux fermés le volume placé au n° 25 du deuxième rayon de la troisième armoire, ou au n° 15 du rayon 6 de la trentième armoire, etc. Même difficulté, d'une part, et même facilité, de l'autre, pour remettre le volume à sa place.

A la rigueur, dans les petites bibliothèques, deux chiffres peuvent suffire, le premier indiquant l'armoire et le second le rayon. On trouve ensuite facilement l'ouvrage cherché, quand on connaît le rayon sur lequel il est placé.

Cependant lorsque, se destinant dès le début de ses études à suivre la carrière des concours, un étudiant commence alors à se former une bibliothèque, on conçoit que, pour peu qu'il ait de l'ordre, il range ses livres au fur et à mesure de leur acquisition, et qu'il les numérote à la suite les uns des autres. Cet arrangement, qui d'ailleurs n'est pas mauvais, a encore l'avantage de lui permettre de retrouver facilement ses livres et de les replacer dans le même ordre lorsque, par une gradation naturelle, il change sa chambre d'étudiant contre l'appartement plus ou moins somptueux du praticien plus ou moins envahi par la clientèle. A partir de ce moment, du reste, la clientèle et la bibliothèque subissent un accroissement en sens inverse l'une de l'autre, et les livres ne se font plus remarquer que par le luxe de leur reliure ; celle-ci réalise alors le type de la perfection, car on sait que pour qu'une reliure soit parfaite, il faut que le livre ne puisse pas s'ouvrir. Vous entendez bien que je parle des pseudo-bonnes reliures, qui s'ouvrent très mal; les belles et bonnes reliures, au contraire, exécutées par les artistes

en renom, s'ouvrent très bien, et c'est là, avant la richesse de l'ornementation, leur première qualité.

Mais quelque soit le point de repère adopté, le même suffit pour un ouvrage comprenant plusieurs volumes, chaque volume portant sur lui le numéro supplémentaire destiné à le distinguer des autres.

J'ai dit plus haut que chaque ouvrage devait être représenté au catalogue par *au moins* une fiche. Si on se contente d'un catalogue par noms d'auteurs, une seule fiche suffit en général. Dans certains cas, lorsque l'ouvrage a deux noms d'auteurs : Barth et Roger; Barthez et Rillet; Desprès et Foucher — ou qu'une nouvelle édition porte un second nom d'auteur : *Médecine opératoire* de Malgaigne, par Le Fort; — *Petite chirurgie, Manuel de chirurgie*, de Jamain, par Terrier; — ou qu'un ouvrage étranger a été traduit ou annoté par un auteur connu qui y a joint une préface : Weir Mitchell, *Lésions des nerfs*, par Vulpian; Nothnagel et Rossbach, *Thérapeutique*, par Bouchard; Hofmann, *Médecine légale*, par Brouardel, etc.; il est bon de faire autant de fiches qu'il y a de noms d'auteurs dans le titre.

Si l'on veut, en outre, un catalogue par ordre de matières, il faut faire au moins deux fiches, l'une servant au catalogue par noms d'auteurs, l'autre au catalogue par ordre de matières. Mais, pour celui-ci, une fiche ne suffit pas toujours. En effet, un travail peut se rapporter à plusieurs sujets, à plusieurs matières différentes, et une fiche est nécessaire pour chacune d'elles. Par exemple, un travail sur les *fractures chez les cancéreux* demandera deux fiches de matières, une pour le mot *fracture* et l'autre pour le mot *cancer;* un travail sur la *gangrène dans les fractures chez les diabétiques* en demandera trois, une pour le mot *gangrène*, une

pour le mot *fracture*, et une pour le mot *diabète ;* et ainsi des autres. Un catalogue, comme tout index, ne pouvant jamais être trop détaillé, il ne faut pas hésiter à faire autant de fiches que cela est nécessaire pour la facilité et la promptitude des recherhes. On ne regrettera jamais le temps passé à ce travail préparatoire lorsqu'on pourra, en quelques secondes, savoir ce qu'on a dans sa bibliothèque sur un sujet donné.

VIII

Les fiches étant faites, comment les ranger ?

Quand on se contente d'un catalogue par noms d'auteurs, la chose est facile ; il suffit de mettre tous les noms à la suite l'un de l'autre, suivant l'ordre alphabétique ;

Quand plusieurs auteurs différents portent le même nom, on les place d'après l'ordre alphabétique de leurs prénoms ;

Lorsqu'un même auteur a écrit plusieurs ouvrages, on les place suivant l'ordre de date.

Lorsqu'on a un catalogue par noms d'auteurs et par matières, il faut les ranger séparément ; pour cela, on range les fiches d'auteurs comme il vient d'être dit, et les fiches de matières suivant un ordre d'autant plus compliqué que les bibliothèques renferment plus de livres.

Soit une bibliothèque d'étudiant en médecine, renfermant 100 ouvrages différents (j'exagère peut-être). Il suffira de quelques subdivisions : anatomie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe, thérapeutique, accouchements, sciences accessoires, littérature.

Pour une bibliothèque de 1000 volumes, on subdivisera

ces divisions suivant les grandes régions du corps : tête, cou, poitrine, abdomen, membres; on séparera les accouchements de la gynécologie, les sciences accessoires en chimie, physique, histoire naturelle, etc.

Pour une bibliothèque plus considérable, les subdivisions augmenteront encore : on en fera autant qu'il y a d'organes, de maladies différentes par organes; dans les sciences accessoires, on en fera autant qu'il y a d'espèces de corps, d'éléments divers, de substances.

Enfin, les subdivisions seront aussi multipliées que possible dans les grandes bibliothèques. Je citerai comme exemple, pour les bibliothèques médicales, l'admirable *Index-Catalogue* de la bibliothèque du *Surgeon-general's Office* de Washington, où des fiches ont été faites non seulement pour les ouvrages volumineux et les brochures, mais encore pour tous les travaux originaux des journaux et recueils périodiques de la bibliothèque, et où chaque mot du dictionnaire, pour ainsi dire, sert de titre ou d'en-tête aux fiches des nombreux travaux qui s'y rapportent.

Pour ranger les fiches de matières, il est nécessaire de mettre le nom de la matière sur des fiches un peu plus grandes que les autres pour que le nom inscrit en tête dépasse les fiches et frappe immédiatement le regard, et même de couleur différente, pour les distinguer mieux encore. Ces fiches d'en-tête étant disposées par ordre alphabétique dans les cartons destinés aux fiches, on place derrière chacune d'elles, et d'après l'ordre alphabétique des noms d'auteurs, toutes les fiches relatives au sujet inscrit sur la fiche d'en-tête.

Dans les bibliothèques particulières, où l'on tient beaucoup plus à savoir quels sont les travaux relatifs à tel ou tel

sujet, qu'à connaître les travaux de chaque auteur, on peut, si l'on renonce au catalogue d'auteurs, se faire facilement un catalogue par ordre de matières avec une fiche unique par sujet. Il suffit de grouper toutes les fiches se rapportant au même sujet derrière les fiches d'en-tête, et de les y ranger par ordre alphabétique de noms d'auteurs.

On peut du reste tirer divers partis des fiches simples : On peut les ranger par noms d'auteurs, toujours suivant l'ordre alphabétique, puis les copier sur un registre, en laissant un certain nombre de lignes après chaque nom, pour les ouvrages à venir. Ce catalogue par noms d'auteurs ainsi fait, on peut changer ce premier ordre, les fiches se maniant aussi facilement que des cartes à jouer, et les ranger suivant l'ordre des matières, que l'on copie de même sur un autre registre. On peut encore les ranger par ordre de dates, si l'on veut, et faire un catalogue chronologique de la littérature médicale, soit d'une manière générale, soit sur un sujet donné, etc.

Cette manière de procéder peut d'ailleurs s'appliquer à toute bibliothèque, quel que soit le nombre des ouvrages qu'elle contient.

IX

Un dernier point à examiner. On peut se demander, en effet, s'il est bien nécessaire de recopier les fiches sur un registre, et si l'on ne pourrait pas se contenter d'un catalogue par fiches.

Pour les bibliothèques particulières, où les fiches ne sont consultées que par leur propriétaire, et replacées avec grand

soin pour éviter tout mélange et tout déplacement, les fiches suffisent ; on a bien vite examiné les dix, vingt ou trente, qui se rapportent au même sujet ; et puis, on peut en ajouter indéfiniment, au fur et à mesure que la bibliothèque s'enrichit de nouveaux ouvrages, sans rien changer à l'ordre primitif ; tandis que sur les registres, on est exposé à ne pas laisser assez de place pour certains sujets, et à être obligé d'intercaler des pages nouvelles, ce qui gâte tout.

On peut encore se servir de fiches articulées, ou fixées à un onglet que traverse une tringle lorsqu'elles sont mises en place ; ce système est applicable à toutes les bibliothèques, petites et grandes, malgré les déplacements qu'il entraîne lorsqu'il faut ranger un grand nombre de fiches.

Cependant, quoi qu'on fasse, les fiches peuvent se déplacer, se perdre, et alors l'ouvrage correspondant est aussi introuvable que s'il était lui-même perdu ou déplacé. D'autre part, le registre, beau ou laid, est plus commode à consulter. Aussi, dans les bibliothèques publiques, où le nombre des lecteurs est assez grand, et les chances de déplacement des fiches augmentent en proportion du nombre des lecteurs, où le nombre des fiches se rapportant à chaque sujet est parfois de plusieurs centaines, vaut-il mieux faire recopier les fiches sur des registres, suivant l'ordre mixte, adopté par la bibliothèque de Washington.

On sait ce qu'est cet ordre mixte. Toutes les fiches étant réunies par groupes plus ou moins volumineux, d'après le nombre de fiches relatives au même sujet, et rangées suivant l'ordre de noms d'auteurs et de matières, chaque groupe de fiches est alors disposé suivant son ordre alphabétique, ce qui est facile puisqu'il porte en tête une fiche sur laquelle on lit le substantif propre ou commun indiquant la

composition du groupe. Il s'ensuit que la bibliographie des auteurs et celle des matières sont intercalées les unes aux autres, et que tout se suit par ordre alphabétique; le catalogue est dès lors aussi facile à consulter qu'un dictionnaire. Si quelque obscurité restait dans ma description, bien que, paraît-il, ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, il suffirait de jeter un simple coup-d'œil sur l'*Index-Catalogue* de la bibliothèque de Washington, pour savoir ce qu'il faut entendre par ordre mixte et les services qu'on peut attendre de ce mode de classification.

X

Je pense donc qu'on peut résumer ainsi qu'il suit les règles dont il faut tenir compte dans le rangement d'une bibliothèque.

1° Il faut d'abord ranger les livres sur les rayons, en mettant ensemble, autant que possible, ceux de même format, et de telle façon qu'on puisse les atteindre d'autant plus facilement qu'on doit s'en servir plus souvent;

2° On inscrit ensuite sur l'étiquette collée en haut du dos de chaque volume le point de repère de l'ouvrage, représenté par un, deux ou trois numéros ;

3° En même temps, on fait la fiche du volume, comme nous l'avons indiqué plus haut, soit simple, soit en double ou en triple, etc., suivant les cas;

4° On range les fiches comme nous l'avons également indiqué, d'abord par noms d'auteurs, puis par ordre de matières, et on transcrit ensuite sur un registre ces fiches

rangées par ordre alphabétique, pour en faire des catalogues par auteurs et par matières;

5° Les brochures, thèses, etc., groupées suivant les sujets, autant que possible, formeront, d'après leur format, deux collections, l'une in-8°, l'autre in-4°.

TABLE DES MATIÈRES

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.



